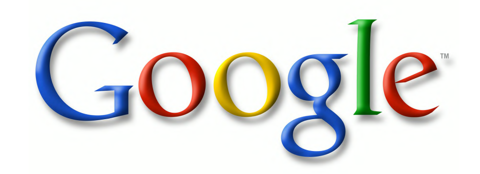
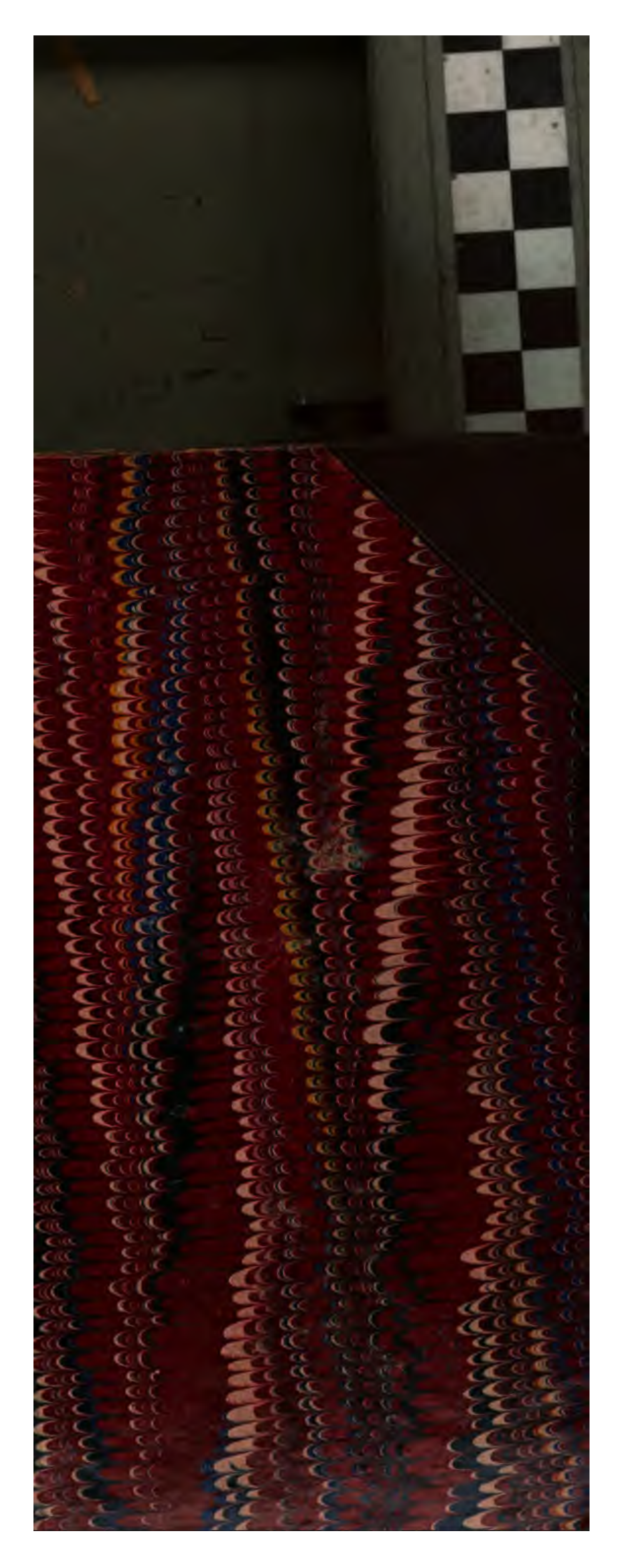
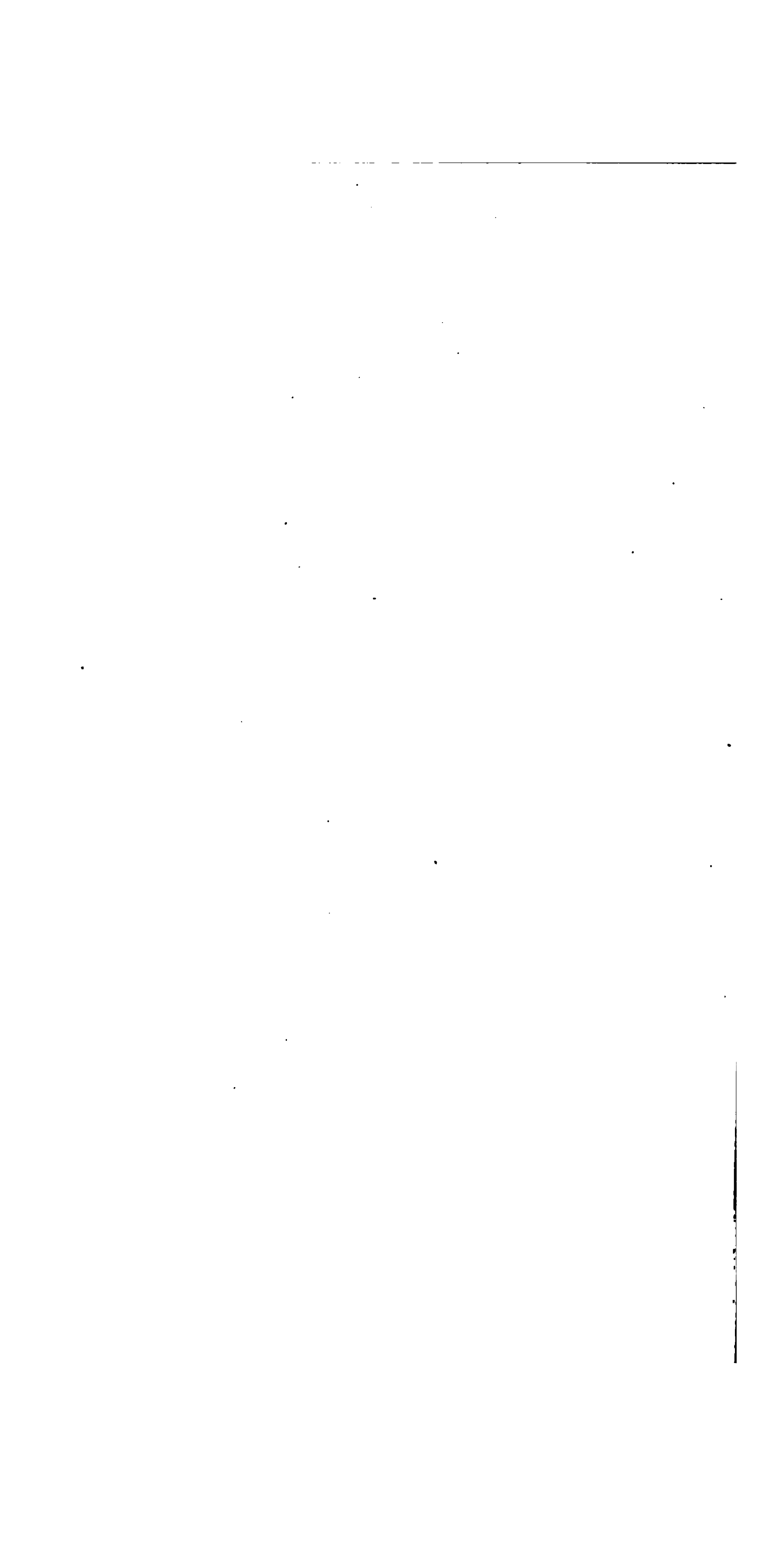






ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CATSARAS, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, HYVERT, KERAVAL, LANDOUZY, LEGRAIN, LWOFF, MABILLE, MARIE, MIERZEJEWSKY, MIRALLIÉ, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), RELLAY (P.), ROTH (W.), ROUX (J.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), URRIOLA, VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **J. NOIR**

Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome VII. — 1899.

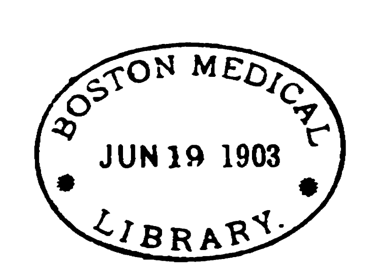
Avec 16 figures dans le texte et 5 planches.

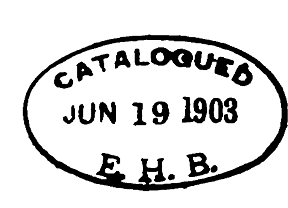
PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes*

1899


BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

Vol. VII. Janvier 1899. N° 37

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

DE L'ÉTAT DU FACIAL SUPÉRIEUR ET DU MOTEUR OCULAIRE COMMUN DANS L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE ;

Par Ch. MIRALLIÉ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

S'il est une question qui semble résolue, et sur laquelle tous les pathologistes sont d'accord, c'est sans contredit l'intégrité du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale banale. Tous les classiques sont unanimes à cet égard : dans l'hémiplégie cérébrale le facial inférieur seul est intéressé, le facial supérieur est indemne, ou n'est atteint que dans des cas très rares et exceptionnels. Tous les auteurs insistent sur l'importance de cette intégrité du facial supérieur pour différencier la paralysie faciale d'origine centrale de la paralysie faciale périphérique. Cette intégrité est passée à l'état de dogme, si bien que l'on a demandé à l'anatomie la cause de cette anomalie apparente, et que l'on n'a pas hésité à décrire pour le facial supérieur un centre cortical et un trajet intra-cérébral complètement indépendants de ceux qui appartiennent au facial inférieur. Malgré l'unanimité des auteurs, la question, à notre avis, mérite d'être reprise, et peut-être la solution doit-elle être bien différente de celle aujourd'hui admise.

Deux faits auraient dû mettre en garde les cliniciens : dans l'immense majorité des cas, presque dans tous les cas d'hémiplégie cérébrale infantile se montrant chez le nouveau-né, le facial supérieur est paralysé, au même titre et au même

degré que le facial inférieur (Gibotteau). On compte les observations où le facial supérieur est respecté. Pourquoi cette contradiction absolue avec ce qui se passe chez l'adulte? Pourquoi ce qui est la règle chez l'un est-il l'exception chez l'autre? Il est inadmissible qu'il s'agisse uniquement d'une question d'anatomie, et que cette lésion respecte toujours chez l'adulte un centre qu'elle frappe toujours chez l'enfant? D'autre part dans l'épilepsie Jacksonnienne de la face, les convulsions se montrent sur le facial supérieur comme sur le facial inférieur.

D'ailleurs l'intégrité absolue du facial supérieur chez l'adulte est loin d'avoir été admise par tous les auteurs. Récamier le premier avait établi l'intégrité du facial supérieur dans les lésions cérébrales comme signe différentiel avec la paralysie faciale périphérique. Bientôt cependant Mahot, Gubler avaient montré l'existence de la paralysie de l'orbiculaire des paupières dans l'hémiplégie alterne. Legendre note cette paralysie dans l'hémiplégie ordinaire et remarque la chute de la paupière supérieure. Mais c'est à Duplay (1854) que revient l'honneur d'avoir soutenu contre Récamier la participation de l'orbiculaire à la paralysie, dans l'hémiplégie faciale de cause cérébrale, et d'avoir établi cette opinion sur des faits cliniques avec autopsie. Heney (1874) signale l'impossibilité de fermer isolément l'œil du côté paralysé, symptôme que Simoneau (1877) remet en pleine valeur. Contrairement à Landouzy (1876), Simoneau admet la participation de l'orbiculaire des paupières à la paralysie : « Dans l'hémiplégie de cause centrale, les malades peuvent fermer les deux yeux, l'occlusion simultanée des deux yeux se fait toujours; mais les malades sont incapables de fermer l'œil du côté malade tout seul, tandis qu'ils peuvent en général fermer l'œil sain isolément. Dans tous nos cas nous avons trouvé de la paralysie de l'orbiculaire, qui ne pourra plus être niée dans tous les cas d'hémiplégie de cause centrale. »

Coingt (1878) fait rentrer la paralysie de l'orbiculaire dans l'hémiplégie faciale; elle est beaucoup plus fréquente qu'on le soutient mais elle est le plus souvent latente et il faut user d'artifice pour la mettre en lumière. O. Berger soutient la fréquence de la participation du facial supérieur à l'hémiplégie faciale.

Hallopeau a vu que « plusieurs fois dans les hémiplégies récentes l'occlusion des paupières se faisait plus difficilement, plus lentement et moins complètement du côté malade que du côté sain ». De son travail, Hallopeau conclut que : « si les filets de l'orbiculaire ne sont pas confondus avec ceux qui se distribuent à la partie inférieure de la face, ils n'en sont pas toutefois très éloignés. Les cas dans lesquels ces filets ont été directement et complètement intéressés ne sont pas très exceptionnels, car nous avons pour notre part rencontré, depuis trois ans, quatre malades chez lesquels il existait une paralysie de l'orbiculaire en même temps qu'une hémiplégie du même côté ». Au point de vue anatomique « les filets de l'orbiculaire traversent le centre ovale, et probablement aussi la capsule interne ; ils passent dans le segment interne du noyau lenticulaire ou dans son voisinage immédiat, et viennent se placer dans le pédoncule cérébral avec le faisceau bulbaire en dedans du faisceau pyramidal ».

Récemment MM. Pugliese et V. Milla [1] étudièrent soigneusement la question et à eux revient l'honneur d'avoir attiré de nouveau l'attention sur ce sujet : « Le facial supérieur ne reste pas intact dans l'hémiplégie ; d'ordinaire il est frappé, à un degré plus ou moins grand, et suivant le siège, l'étendue de la lésion cérébrale et certaines dispositions individuelles. Que le muscle frontal du côté paralysé dans le plus grand nombre de cas d'hémiplégie soit lèsé, cela n'est pas douteux. La paralysie de ce muscle se traduit par le degré divers de rugosité des deux moitiés du front, de la différence de hauteur des deux sourcils pendant le repos et pendant la contraction des muscles frontaux. Si le muscle est en contracture la peau du front de ce côté est plus rugueuse, et le sourcil correspondant plus élevé ; si, d'autre part, on invite le malade à froncer le front, on note que le sourcil du côté paralysé ne s'élève pas autant que celui de l'autre côté et que la moitié correspondante du front est moins froncée. — D'autres faits témoignent de l'atteinte de l'orbiculaire des paupières : chez certains malades la fente palpébrable de l'œil du côté paralysé est plus grande; chez d'autres, plus étroite que du côté sain ; pendant la

[1] *Rivista sperimentale di frenatria*, 4, 1896. Nous remercions bien sincèrement M. Pugliese de l'extrême obligeance avec laquelle il nous a communiqué son travail original. Qu'il reçoive l'expression de notre vive reconnaissance.

fermeture synergique volontaire et réflexe des deux yeux, le muscle orbiculaire de la partie paralysée se montre flasque et tarde à se contracter. Enfin sur les 25 malades examinés, 22 fois la fermeture isolée de l'œil du côté malade était impossible. Ce pourcentage (96 p. 100) est beaucoup plus élevé que celui que l'on rencontre chez les individus non hémiplégiques. La parésie des muscles innervés par le frontal supérieur ne manque pour ainsi dire jamais dans l'hémiplégie. » On voit combien ces conclusions sont éloignées de celles des classiques. Loin d'être l'exception, la paralysie du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie. Dans un travail plus récent [1], Pugliese confirme ses recherches antérieures: « Les muscles supérieurs de la face participent d'ordinaire à l'hémiplégie comme les muscles inférieurs, mais dans une plus légère mesure. Un certain degré de parésie ne manque pour ainsi dire jamais dans ces muscles, spécialement dans ces cas d'hémiplégie où les muscles inférieurs de la face et ceux de la langue sont fortement lésés. Parfois cette parésie peut aller jusqu'à la paralysie. Ces troubles du facial supérieur confirment la loi qui règle la participation des divers muscles dans l'hémiplégie : dans l'hémiplégie les muscles sont d'autant plus affectés, qu'ils jouissent à un plus haut degré de l'asynergie fonctionnelle; par conséquent l'orbiculaire des paupières du côté paralysé, considéré comme muscle à mouvement synergique, est parésié, considéré au contraire comme muscle à mouvement dissocié, il est paralysé. » Telles sont les importantes conclusions de ces travaux très remarquables, et sur lesquels nous aurons encore à revenir.

Il nous a été facile de recueillir dans la littérature des observations d'hémiplégiques où le facial supérieur était peu ou prou intéressé. Les rapporter serait allonger inutilement ce travail. L'existence possible de la paralysie du facial supérieur n'est niée par personne; sa fréquence et son importance seules sont en jeu. Nous voulons seulement rapporter une observation récente de Pandi [2] qui vient à l'appui des conclusions de Pugliese : un homme de trente-cinq ans est atteint de paralysie faciale centrale. Au repos tout le facial gauche

[1] *Rivista di patologia nervosa et mentale*, février 1898, p. 49.

[2] Pandi. *Wien. Klin. Woch.* Analysé in *Neurolog. Centralbl.*, 1897, p. 220. On trouvera in *Gazette médicale de Nantes*, 1898-1899, plusieurs observations anciennes.

se montre paralysé, tandis que dans les mouvements volontaires le facial supérieur se montre bien innervé. — Ce fait confirme d'une façon évidente l'importance de la synergie des mouvements dans la motilité du facial supérieur et explique en partie comment l'intégrité du facial supérieur a pu être soutenue.

Il est un fait certain, c'est que chez les hémiplégiques la paralysie du facial supérieur n'attire pas immédiatement l'attention. Tandis que la déviation de la bouche, la flaccidité de la joue, l'asymétrie faciale montrent, même au repos, la paralysie du facial inférieur, du côté du facial supérieur dans la plupart des cas tout semble normal. Si l'on s'en tient à un examen superficiel, la paralysie du facial supérieur n'apparaît pas. Pour la mettre en évidence il faut user d'artifice.

Longtemps il fut admis dans la science que les muscles du tronc étaient respectés dans l'hémiplégie. Aujourd'hui on sait qu'ils sont atteints, mais à un degré beaucoup moindre que les muscles des membres. Pour dévoiler cette paralysie latente, il a fallu employer le moyen suivant : quand on met le thorax du malade en état d'inspiration maxima et qu'on mesure comparativement les deux moitiés de la cage thoracique, on voit que la moitié qui correspond au côté paralysé est moins développée que celle du côté sain. Si au contraire le malade fait une expiration maxima, la demi-circonférence du côté sain est plus petite que celle du côté paralysé. Donc, du côté paralysé, le thorax se dilate moins dans l'inspiration, et revient moins sur lui-même dans l'expiration ; l'amplitude de ses mouvements est en d'autres termes diminuée. La paralysie incomplète, l'état parétique n'est donc pas niable, et cependant il s'agit de muscles jouissant uniquement des mouvements synergiques.

Si pour le facial supérieur on emploie des procédés analogues, on met facilement en évidence la parésie de ce nerf. Voici comment nous avons procédé sur 30 malades de l'hospice Saint-Jacques, avec la collaboration de MM. Arin et Gautret, internes des hôpitaux, qui ont recueilli nos observations, et que nous remercions de leur précieux concours[1].

[1] Nous sommes heureux de remercier notre excellent collègue et ami Pérochaud de l'amabilité extrême avec laquelle il nous a accueilli dans son service et permis d'utiliser les vieillards-femmes hospitalisées dans ses salles. Qu'il reçoive l'assurance de notre bien cordiale reconnaissance !

En examinant avec soin le malade, en se plaçant bien en face de lui, surtout à une petite distance, on note assez souvent une différence de position des deux sourcils ; parfois les rides du front ne seront pas semblables des deux côtés. Mais pour se rendre mieux compte de différences à peine sensibles, un point de repère est indispensable : nous avons choisi l'angle externe et inférieur de la base de l'orbite. Cet angle inféro-externe est toujours facilement perceptible sous les téguments. Formé par l'os malaire, et situé à la rencontre des bords inférieur et externe de la base de l'orbite, il est toujours parfaitement net et arrête du premier coup le doigt qui le recherche. Fixant l'index sur l'angle externe de chaque orbite, il est facile de noter les différences de positions les plus petites des sourcils et de relever l'écartement qui sépare la queue du sourcil de cet angle, et la direction plus ou moins couchée du sourcil par rapport au bord externe de l'orbite. Des nuances imperceptibles à l'examen direct seront ainsi mises en lumière.

La fermeture isolée d'un œil est parfois impossible chez des individus sains. Mais comme le fait remarquer Pugliese, cette impossibilité est beaucoup plus fréquente chez les hémiplégiques. Pour éviter toute cause d'erreur nous avons éliminé systématiquement tous les hémiplégiques dont l'état mental était trop affaibli pour obtenir des renseignements précis sur leur état ancien et permettre un examen sérieux de leur état actuel. Aux autres nous avons demandé s'ils étaient chasseurs, s'ils avaient été soldats, si jadis ils pouvaient isolément fermer chaque œil. Nous n'avons utilisé que les cas où les renseignements étaient suffisamment précis.

Quand le malade fait exécuter des mouvements aux muscles innervés par le facial supérieur, ce n'est pas seulement à l'existence même du mouvement qu'il faut s'attacher ; il faut en étudier tous les caractères : est-il aussi étendu du côté paralysé que du côté sain ? est-il aussi rapide ? le mouvement s'accomplit-il d'une façon régulièrement progressive ou au contraire par saccades ? Quand le malade laisse ses muscles frontaux au repos ou s'il contracte les muscles du facial supérieur des deux côtés on peut, en soulevant le sourcil avec le pouce d'une secousse brusque, se rendre compte de l'état de tonicité et de force des muscles des deux côtés et noter parfois des différences appréciables. Le malade tenant les

yeux fermés et résistant, on cherche à relever la paupière supérieure : la résistance n'est pas la même d'un côté et de l'autre. Ce sont toutes ces recherches que nous avons pratiquées chez 30 de nos malades hémiplégiques et dont nous allons exposer les résultats.

OBSERVATION I. — T... Jacques, soixante-douze ans; hémiplégie droite remontant à six ans, presque complètement guérie ; il n'existe plus du côté des membres droits que de la diminution de la force musculaire, mais tous les mouvements sont possibles, bien que plus faibles. Léger mouvement de faux de la jambe droite. Les réflexes rotuliens sont à peine exagérés.

Le pli naso-génien droit est abaissé et très légèrement diminué de profondeur. Les commissures buccales sont placées sur le même plan horizontal : la langue est déviée à droite; le malade peut siffler. La paralysie du facial inférieur est donc peu marquée. De même pour le facial supérieur qui est pour ainsi dire indemne. Les rides du front sont égales des deux côtés; les sourcils occupent la même position; leur résistance aux mouvements passifs est égale ; les sourcils se relèvent et se baissent également bien ; le malade ferme isolément chaque œil. Le seul fait à noter est que la fente palpébrale droite est un peu plus grande que la gauche.

OBSERVATION II. — H... Jules, soixante-dix-sept ans. Hémiplégie gauche remontant à un an, très accentuée aux membres supérieur et inférieur.

La joue gauche est flasque, la commissure gauche abaissée ; la langue n'est pas déviée, le malade ne peut pas siffler. Les rides du front sont égales des deux côtés ; les sourcils sont placés sur le même plan horizontal ; la fente palpébrale gauche est plus petite que l'autre. Le malade relève également bien les sourcils des deux côtés, et ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION III. — C... M..., soixante-huit ans. Hémiplégie droite avec aphasie à soixante-cinq aus. Paralysie prédominante sur le membre inférieur ; contracture avec exagération des réflexes. Diminution de la sensibilité sous tous les modes, surtout au membre inférieur.

A première vue, la face ne présente rien d'anormal; mais quand le malade parle ou quand il veut siffler, on s'aperçoit que la bouche se dévie du côté gauche. Le malade est d'ailleurs dans l'impossibilité de siffler. La langue n'est pas déviée. Les rides du front sont semblables des deux côtés; les sourcils sont sur le même plan; des deux côtés la queue du sourcil est à égale distance de l'angle inféro-externe de l'orbite. La fente palpébrale droite est cependant un peu plus petite que celle du côté opposé. L'élévation des

sourcils se fait aussi facilement d'un côté que de l'autre. Le malade peut fermer isolément l'œil gauche, mais pas l'œil droit. Il ne peut aussi l'ouvrir isolément.

Observation IV. — S..., âgée de cinquante-cinq ans. Hémiplégie droite survenue progressivement vers l'âge de vingt-cinq ans. Hémiplégie prédominante sur le membre supérieur. Sensibilité intacte. Réflexes tendineux exagérés.

La face est très peu touchée. La malade n'aurait jamais présenté de troubles de la parole. Cependant la commissure buccale droite est un peu abaissée ; quand la malade parle, la commissure gauche est plus tirée que la droite. Pas de déviation de la langue. Donc très légère atteinte du facial inférieur. Le facial supérieur est à peine touché. La malade exécute tous les mouvements, à volonté, sans aucune différence d'un côté à l'autre. Cependant, les rides du front sont peut-être un peu plus marquées à gauche qu'à droite. La malade peut fermer isolément l'un et l'autre œil, mais elle le fait plus facilement et plus complètement pour l'œil gauche que pour l'œil droit. L'œil droit est un peu plus ouvert que le gauche.

Observation V. — Ch..., veuve T..., cinquante-cinq ans, frappée d'hémiplégie droite à cinquante-trois ans. Aphasie motrice en voie d'amélioration. Paralysie prédominante dans le membre supérieur; diminution et retard de la sensibilité. Contracture avec exagération des réflexes.

Le facial inférieur est à peine touché ; la déviation ne se découvre que quand la malade parle. La pointe de la langue se dévie légèrement à droite. Le facial supérieur est atteint au prorata. Les rides du front sont moins marquées à droite ; la queue du sourcil droit, par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite, est un peu plus basse que le gauche et la fente palpébrale est un peu plus petite.

Observation VI. — B..., veuve Le R..., soixante-seize ans, frappée d'hémiplégie gauche depuis sept ans, à prédominance sur le membre supérieur. Contracture.

Le facial inférieur gauche est paralysé. La commissure gauche est abaissée, le sillon naso-génien moins accentué, la langue se dévie à gauche. Les rides du front sont égales des deux côtés, mais le sourcil gauche est un peu abaissé par rapport au sourcil droit. Pas de signe de Revillod.

Obervation VII. — M... Jean-Pierre, quatre-vingt-trois ans, attaque d'apoplexie il y a trois semaines. L'hémiplégie gauche, état subcomateux. Le facial inférieur est paralysé ; la langue est deviée à gauche; le pli naso-génien gauche est abaissé et effacé. Le facial supérieur est aussi touché : la paupière supérieure gauche est plus

tombante que la droite ; les rides frontales du côté gauche sont attirées en bas.

OBSERVATION VIII. — B..., femme Q..., soixante-cinq ans. Hémiplégie droite : première attaque il y a dix-neuf ans. Deux ans après, nouvelle attaque. Amélioration.

La commissure buccale droite est abaissée, mais légèrement ; quand la malade parle, la joue droite est soulevée par l'air expiré; la langue est déviée vers le côté droit. Les deux sourcils sont sensiblement sur le même plan, les rides sont à peu près égales des deux côtés. La malade ferme facilement et avec force l'œil gauche, mais elle ne peut pas fermer complètement l'œil droit : Il persiste malgré ses efforts une légère fente. Elle ne peut l'ouvrir isolément.

OBSERVATION IX. — G... Françoise, soixante-trois ans. Hémiplégie gauche avec hémianesthésie totale pour le tact et la douleur, incomplète pour le chaud et le froid.

Le facial inférieur est paralysé. La bouche est tirée à droite, le pli naso-génien est plus marqué du côté droit; la langue est déviée à gauche. Pas de troubles de la déglutition. Le facial supérieur est beaucoup moins touché. La queue du sourcil est plus abaissée sur le rebord de l'orbite à gauche qu'à droite. Pas de signes de Revillod.

OBSERVATION X. — P... Etienne, soixante-six ans, est frappé en juillet 1897 d'hémiplégie droite, qui depuis cette époque va en s'améliorant surtout du côté du membre inférieur.

La joue droite est tombante ; la commissure buccale droite est abaissée, le voile du palais est légèrement tombant à droite ; le malade peut siffler. Le facial supérieur est peu touché : les rides du front sont sensiblement égales des deux côtés, la queue du sourcil droit est plus abaissée que la gauche ; les mouvements des sourcils sont égaux et symétriques des deux côtés. Le malade ne peut fermer isolément l'œil droit, mais cela n'a aucune valeur car le malade affirme qu'avant sa paralysie il était incapable de le faire.

OBSERVATION XI. — B..., femme R..., quarante ans. Hémiplégie droite syphilitique survenue à trente-un ans. Contracture très accentuée.

Le facial inférieur droit est paralysé. La commissure labiale de ce côté est abaissée ; le pli naso-génien gauche est plus accentué que le droit. Quand la malade parle et surtout quand elle rit, sa bouche se dévie vers la gauche, ainsi que l'extrémité du nez. Le facial supérieur n'est pas indemne. Le front est plus lisse à droite au repos; quand le malade fronce les sourcils, les rides s'accusent moins à droite Le sourcil droit est abaissé par rapport au gauche,

environ d'un demi-centimètre, Pas de signe de Revillod. Chez cette femme la corde vocale droite est paralysée.

Observation XII. — G... Félicité, cinquante-un ans, atteinte à quarante-un ans d'hémiplégie gauche, encore aujourd'hui très accentuée aux membres supérieur et inférieur ; troubles de la sensibilité, contracture, exagération des réflexes.

La paralysie faciale serait, au dire de la malade, beaucoup moins accentuée aujourd'hui que jadis La commissure buccale droite est plus élevée que la gauche ; la déformation est surtout accentuée quand la malade parle : les plis de la face du côté droit sont alors beaucoup plus accentués que du côté gauche. Le facial supérieur est aussi touché. Les sourcils sont au même niveau, mais les rides sont beaucoup plus accentuées du côté droit du front au repos, et surtout quand la malade ferme ou élève les sourcils. La malade ferme isolément l'œil droit et ne peut le faire pour l'œil gauche. Elle peut ouvrir isolément l'un et l'autre œil, mais avec plus de difficulté et plus lentement pour l'œil gauche.

Observation XIII. — B..., veuve S..., soixante-six ans. Hémiplégie droite remontant à dix-huit mois. Contracture surtout au membre supérieur qui est de beaucoup le plus atteint.

Paralysie du facial inférieur. La commissure buccale droite est abaissée; le pli naso-génien est moins profond; la langue est déviée à droite ; la malade a d'ailleurs de la peine à la sortir de la bouche et ne lui fait guère dépasser les arcades dentaires. Troubles de la déglutition. Le facial supérieur est intéressé. Les rides du front du côté gauche sont beaucoup plus accusées que du côté droit. Du côté droit la queue du sourcil est plus rapprochée de l'angle inféro-externe de l'orbite que du côté gauche. La malade n'a jamais pu, même avant son attaque de paralysie, fermer un œil isolément.

Observation XIV. — M..., veuve H..., cinquante-cinq ans, frappée vers quarante ans, d'hémiplégie droite, prédominante sur le membre supérieur. Contracture. Pas de troubles de la sensibilité.

Le facial inférieur droit est paralysé. La bouche est inclinée et abaissée vers le côté droit ; le pli naso-génien est exagéré; la face semble tirée vers la gauche. Le facial supérieur droit est manifestement paralysé. Le sourcil gauche est sur un plan plus élevé que le droit, d'environ un demi-centimètre. Quand on dit à la malade de froncer les sourcils ou de les élever, on voit que le champ d'excursion du côté droit est très limité par rapport au côté gauche.

Observation XV. — R... Joséphine, cinquante ans. Hémiplégie

gauche en janvier 1896. Contracture très accentuée surtout au membre inférieur; paralysie prédominante au membre supérieur. Crises de larmes involontaires, spasmodiques quand on l'interroge.

Paralysie du facial inférieur gauche. La commissure buccale gauche est abaissée ; le pli naso-génien est effacé ; la langue est deviée à gauche. Le facial supérieur est également pris. La queue du sourcil gauche est plus abaissée que la queue du sourcil droit. Le champ d'excursion du sourcil droit est plus étendu que celui du sourcil gauche. La malade ferme isolément l'œil droit mais pas l'œil gauche : elle affirme, d'ailleurs, que jamais elle n'a pu le faire.

Observation XVI.— L... Louis, était déjà hospitalisé dans le service comme atteint de ramollissement cérébral avec gâtisme, quand il fut frappé subitement d'une attaque d'apoplexie, qui le rendit hémiplégique droit et aphasique moteur. Le facial inférieur droit est paralysé ; le facial supérieur est aussi atteint. La fente palpébrale droite est plus petite que la gauche. Le sourcil droit se relève bien ; mais il se relève moins vite que le gauche et monte par secousses.

Observation XVII. — G... Jean-Yves, soixante-un ans ; frappé d'hémiplégie droite à cinquante-six ans. Amélioration de l'hémiplégie, qui est encore très accentuée, avec contracture, et perversion de la sensibilité. Aphasie motrice.

La joue droite est flasque et tombante, la commissure buccale abaissée de ce côté, les rides sont moins profondes à droite. Le malade est dans l'impossibilité de siffler. Légère déviation de la langue à droite. Le facial supérieur est pris. Les rides du front sont, en effet, presque effacées à droite; la fente palpébrale est plus petite de ce côté ; la queue des sourcils occupe sensiblement de deux côtés la même position et est à la même distance de l'angle inféro-externe de chaque orbite. Le sourcil droit s'élève moins vite et moins haut que le gauche ; de même il s'abaisse moins vite et moins bas. Son champ d'excursion est donc limité. Le malade ferme isolément l'œil gauche et ne peut le faire du côté droit; il ne peut ouvrir l'œil droit isolément.

Observation XVIII. — G..., soixante-sept ans, atteint depuis 1888 d'hémiplégie gauche avec contracture prédominant sur le membre supérieur.

Paralysie nette du facial inférieur gauche. Les rides du front sont semblables des deux côtés ; la queue du sourcil gauche est plus basse que l'autre. La fente palpébrale gauche est plus petite que celle du côté opposé. Le sourcil gauche se baisse et se lève moins vite que le droit. Aucun des deux yeux ne peut se fermer isolément.

Observation XIX. — M. M..., quarante-cinq ans. Hémiplégie droite avec aphasie motrice en 1895. En voie d'amélioration. Contracture très accentuée, surtout au bras.

Les traits de la face sont déviés vers la gauche. La commissure buccale gauche est plus élevée que la droite ; le malade ne peut siffler. Le facial supérieur droit est touché. Les rides du front de ce côté ont disparu; la queue du sourcil gauche est abaissée; les fentes palpébrales sont sensiblement égales des deux côtés. Le malade peut relever les sourcils et froncer le front. Mais ces mouvements, au lieu d'être progessifs et continus comme à gauche, se font à droite par secousses brusques, par à-coup.

Observation XX. — Le L..., frappé d'hémiplégie gauche en 1896.

La commissure buccale gauche est abaissée ; la joue gauche est tombante et flasque; la langue est déviée à gauche; le malade ne peut siffler. Les rides du front sont égales des deux côtés; les fentes palpébrales sont égales; la queue du sourcil gauche est plus basse et plus rapprochée de l'angle externe de l'orbite que le sourcil droit. Le sourcil droit se relève et s'abaisse plus vite que le gauche ; son champ d'excursion est aussi plus étendu. Le malade ne peut fermer ni ouvrir isolément l'œil gauche, ce qu'il fait facilement à droite.

Observation XXI. — L..., soixante-trois ans, manœuvre, hémiplégie gauche datant de trois ans, très améliorée.

Le pli naso-génien gauche est légèrement effacé; les commissures buccales sont sensiblement à la même hauteur; la langue est très légèrement déviée à gauche. Les rides du front sont égales des deux côtés. Le sourcil gauche est légèrement abaissé par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite ; la fente palpébrale gauche semble plus petite. Le sourcil gauche se relève et s'abaisse moins vite que l'autre. Le malade ne ferme isolément aucun des deux yeux ; il ne pouvait d'ailleurs le faire avant sa paralysie.

Observation XXII. — J... Jean, hémiplégique gauche depuis dix ans. Amélioration progressive.

Le pli naso-génien gauche est abaissé, mais non effacé, peut-être même serait-il plus profond que du côté opposé. La joue gauche est flasque et pendante; la commissure buccale gauche est plus tombante que la droite et sur un plan inférieur. La langue est très légèrement déviée à gauche. Le malade ne peut siffler. Les rides du front sont effacées à gauche ; la queue du sourcil gauche est peut-être un peu abaissée par rapport à l'angle inféro-externe de l'orbite; la fente palpébrale gauche est plus petite. Le sourcil gauche remonte moins haut que le droit, il traîne en arrière et s'élève par secousses. Quand les muscles des sourcils sont contractés

ils présentent aux mouvements passifs la même résistance. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION XXIII. — D... Jean-François, quarante-deux ans, paralysé du côté gauche depuis huit ans. Hémiathétose.

La commissure buccale gauche est abaissée, la joue gauche est flasque et tombante. Le pli naso-génien gauche est abaissé et effacé. La langue est déviée à gauche; le malade peut siffler. Les rides du front sont effacées à gauche. La queue du sourcil gauche est abaissée par rapport au rebord orbitaire; les fentes palpébrales sont égales ; le sourcil gauche se lève et s'abaisse par secousses et moins vite que le sourcil droit. La résistance des sourcils aux mouvements passifs est égale des deux côtés. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

OBSERVATION XXIV. — Ch... Auguste, soixante-cinq ans. Hémiplégie droite avec aphasie motrice en décembre 1897.

Joue droite flasque et tombante ; le pli naso-génien droit est bien marqué, mais abaissé; la commissure buccale droite est légèrement déviée ; la langue est déviée à droite. Le malade ne peut siffler. Quand il rit, les muscles de la joue droite se contractent brusquement et attirent violemment en arrière la commissure buccale droite. Donc tendance à la contracture dans le territoire du facial inférieur. Les rides du front sont légèrement abaissées à droite, mais elles sont plus marquées que du côté gauche. La queue du sourcil droit est abaissée par rapport à l'angle externe et inférieur de l'orbite. Les fentes palpébrales sont égales. Le sourcil droit semble offrir une plus grande résistance aux mouvements passifs. Ce sourcil se relève moins vite et moins haut, et s'abaisse moins que le gauche. Il se meut aussi par saccades. Le malade, même avant la paralysie, n'a jamais pu fermer isolément un œil.

OBSERVATION XXV. — G... François, soixante-cinq ans. Hémiplégie gauche il y a neuf ans. Amélioration très nette.

La commissure buccale gauche est abaissée ; la joue gauche est pendante et flasque ; le pli naso-génien est abaissé, mais plus profond qu'à droite ; la langue est déviée à droite, le malade ne peut siffler. Les rides du front sont moins marquées à gauche, et plus abaissées ; le sourcil gauche est très légèrement abaissé ; les fentes palpébrales sont égales ; le sourcil gauche se meut par secousses, il s'élève et s'abaisse moins que le droit, son champ d'excursion est limité. La résistance aux mouvements passifs semble égale des deux côtés. N'a jamais pu fermer isolément un seul œil.

OBSERVATION XXVI. — N... Jeanne, quarante-six ans ; hémiplégie droite, avec hémianesthésie incomplète datant de deux ans.

Paralysie du facial inférieur droit. Le facial supérieur est aussi atteint : la queue du sourcil est plus écartée de l'angle inféro-externe de l'orbite du côté sain que du côté malade. Le champ d'excursion du sourcil droit est limité; en outre, il se meut par saccades. La malade ne peut fermer isolément l'œil droit, tandis qu'elle ferme bien l'œil gauche. Elle peut, bien qu'avec peine et moins facilement qu'à gauche, ouvrir isolément l'œil droit.

Observation XXVII. — M... Louis, soixante-dix ans. Hémiplégie gauche en 1895. Contracture très accentuée des membres.

Le pli naso-génien gauche est abaissé et très peu marqué; la commissure buccale gauche est abaissée; la langue est déviée à gauche. Le malade ne peut siffler; quand il mange, les aliments s'accumulent entre la joue et le maxillaire gauches. Les rides sont abaissées et moins marquées au côté gauche du front; la queue du sourcil est plus rapprochée à gauche qu'à droite, de l'angle inféro-externe de l'orbite. Le sourcil gauche exécute ses mouvements d'abaissement et d'élévation moins rapidement et sur un champ moins étendu que le droit; contracté, le sourcilier gauche est moins épais et moins résistant que le droit. Le malade ne peut fermer isolément l'œil gauche, ce qu'il faisait bien avant son hémiplégie. Il ne peut aussi l'ouvrir isolément.

Observation XXVIII. — M... Florent, soixante-deux ans, a été frappé d'hémiplégie droite avec aphasie motrice en 1896. Contracture très accentuée, surtout au membre supérieur. Marche très péniblement et en fauchant.

Le pli naso-génien droit est abaissé et effacé; la commissure buccale droite est abaissée; la langue est légèrement déviée à droite; le malade ne peut pas siffler. Les rides du front sont abaissées du côté droit; la queue du sourcil droit est abaissée; la fente palpébrale est rétrécie du même côté; le sourcil est moins épais et plus flasque à droite. Le sourcil droit se relève moins vite et moins haut que de l'autre côté; il s'abaisse aussi plus lentement que le gauche; en outre, il se meut par saccades. Cet homme n'a jamais pu, même avant sa paralysie, fermer un œil isolément.

Observation XXIX. — R..., femme R..., cinquante-cinq ans. Début de l'hémiplégie gauche à quarante-sept ans. Contracture très accentuée. Mouvements du bras presque totalement abolis; ne peut marcher qu'à l'aide d'une chaise.

Paralysie du facial inférieur gauche avec tendance à la contracture; la bouche au repos est déviée vers la droite. Secousses brusques dans les muscles du côté gauche quand le malade parle ou rit. Le facial supérieur gauche semble contracturé : Les rides sont plus accentuées de ce côté, le sourcil est relevé et presque

immobilisé. La malade ne peut fermer isolément ni l'œil droit ni l'œil gauche.

OBSERVATION XXX. — A... Louis, soixante-huit ans, entre à l'infirmerie de l'hospice pour une légère atteinte de grippe. On s'aperçoit alors qu'il présente une déviation manifeste de la face dont il ne s'était pas encore aperçu. Il affirme d'ailleurs que jusqu'à ces derniers jours la déviation qu'on lui fait constater n'existait pas. Depuis quelques jours, nous dit-il, il souffrait de vertige, de céphalalgie, et depuis trois jours il a de la difficulté à articuler certains mots.

Etat actuel : Le pli génio-nasal gauche est presque effacé, la joue gauche tombante; la commissure buccale gauche est tombante, la droite relevée ; toute la partie inférieure de la face semble attirée vers la droite. La langue est déviée du côté gauche. Le voile du palais est étendu à gauche, affaissé, et la luette est déviée vers la droite. Le malade ne peut siffler, ce qu'il faisait bien jadis. Les rides sus-orbitaires et frontales sont abaissées à gauche, et sont moins profondes de ce côté. La queue du sourcil gauche est plus rapprochée de l'angle inféro-externe de l'orbite que la queue du sourcil droit. Les fentes palpébrales sont sensiblement égales. Le malade abaisse et élève facilement les sourcils, mais le mouvement s'exécute moins vite à gauche : le sourcil gauche traîne et retarde sur le sourcil droit. La résistance des sourcils aux mouvements passifs est moindre à gauche qu'à droite. Le malade ferme isolément l'un et l'autre œil.

Pas de troubles de motilité ni de sensibilité des membres, mais exagération manifeste du réflexe radial et du réflexe rotulien du côté gauche. Sensibilité intacte. Dysarthrie : le malade trouve facilement tous les mots, mais accroche pour articuler certains mots.

Les observations que nous venons de rapporter vont à l'encontre de la théorie admise par tous les classiques, et affirment au contraire le résultat des recherches de Duplay, Simoneau, Coingt et Pugliese. Loin d'être l'exception, la paralysie du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie cérébrale vulgaire. Dans tous les cas d'hémiplégie que nous avons observés et où le facial inférieur était touché, le facial supérieur était aussi atteint; plus ou moins d'ailleurs, suivant les cas : tantôt presque indemne, tantôt nettement frappé, suivant l'état du facial inférieur. Quand le facial inférieur est presque respecté, quand les muscles innervés par ce nerf jouissent presque de l'intégrité de leurs mouvements, et sont seulement parésiés, le facial supérieur est pour ainsi dire

indemne, et c'est à peine si l'on note dans ces cas une légère différence d'un côté à l'autre malgré tous les artifices. Quand au contraire la paralysie a aboli l'action du facial inférieur, la paralysie du facial supérieur est aussi très nette, et facile à mettre en évidence.

D'ailleurs le degré de paralysie du facial supérieur est toujours beaucoup inférieur à celui de la paralysie du facial inférieur. A cela rien d'étonnant. Il s'agit là de l'application particulière de la loi générale bien connue de Broadbent et et Charcot : dans l'hémiplégie les muscles des mouvements associés sont affectés à un degré beaucoup moindre que les muscles à mouvements asynergiques. Les muscles innervés par le facial supérieur sont des muscles essentiellement synergiques. Pour la plupart des individus il est impossible de froncer un seul sourcil, de relever et rider le front d'un seul côté. Le seul mouvement asynergique qui dépende du facial supérieur est la fermeture et l'ouverture isolée d'un œil, et encore beaucoup d'individus ne peuvent-ils exécuter ce mouvement. Rien d'étonnant donc à ce que les muscles du facial supérieur soient relativement respectés dans l'hémiplégie, au même titre que les muscles du tronc par exemple. Pour tous ces muscles la paralysie existe, mais atténuée et pour ainsi dire latente.

En tout cas, cette paralysie du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale n'est pas aussi intense que celle que l'on observe dans la paralysie faciale périphérique. Ici le facial supérieur est paralysé au même degré que le facial inférieur; dans l'hémiplégie cérébrale il y a une différence considérable dans l'intensité des troubles moteurs. Et si, à notre avis, on ne peut plus parler d'intégrité réelle du facial supérieur dans l'hémiplégie cérébrale, il existe bien cependant une intégrité relative, intégrité relative telle qu'elle garde toute sa valeur pour le diagnostic différentiel de la paralysie faciale centrale et de la paralysie périphérique.

Latente, la paralysie du facial supérieur est masquée par la déformation des traits inférieurs de la face. Elle ne saute pas aux yeux, il faut la mettre en lumière. Voici comment les faits se sont présentés à notre observation.

Le phénomène le plus net est l'abaissement du sourcil du côté paralysé. Nous l'avons observé dans la plupart des cas. Parfois cet abaissement est tel qu'il frappe au premier abord;

d'autres fois, il est peu apparent, il faut le rechercher. Le sourcil a perdu en partie sa courbe normale ; sa partie centrale s'est affaissée, de sorte que sa direction générale tend à se rapprocher de la ligne droite. La queue du sourcil s'est rapprochée considérablement du rebord orbitaire et si l'on prend comme point de repère la distance qui sépare l'angle inféro-externe de l'orbite (toujours très facile à déterminer) de la queue du sourcil, on sent que la queue du sourcil vient du côté paralysé presque au contact de ce point, tandis que du côté sain elle en est distante parfois d'un demi-centimètre. Ce moyen nous a permis à plusieurs reprises de mettre en lumière un affaissement du sourcil qui n'apparaissait pas au premier examen. Cet abaissement du sourcil est un des signes les plus constants de la paralysie du facial supérieur.

Les rides du front sont effacées, moins profondes du côté paralysé ; la peau est plus lisse et moins rugueuse; dans leur ensemble la courbe des rides est aussi affaissée, plus tendue, plus rapprochée de la ligne droite.

Le malade peut le plus souvent froncer simultanément les deux sourcils, il peut simultanément élever les sourcils. Mais quand on examine avec soin le côté paralysé pendant ces mouvements on est frappé de ceci : le mouvement commence plus vite du côté sain que du côté paralysé ; le sourcil du côté paralysé se meut plus lentement que le sourcil du côté sain ; au lieu de s'élever d'une façon continue progressive, il s'élève par secousses, par à-coups ; il traîne et est en retard sur celui du côté opposé ; enfin il s'arrête plus bas que celui du côté opposé. Si l'on ordonne au malade d'abaisser les sourcils autant que possible, les mêmes phénomènes se reproduisent, et le sourcil paralysé s'arrête plus haut que du côté sain. Le champ d'excursion du sourcil paralysé est donc moins étendu que du côté sain. Il y a là un phénomène absolument identique à celui que l'on observe dans les muscles du tronc du côté paralysé.

Pour mieux mettre en évidence cette contraction du muscle par secousses et cette diminution d'amplitude du champ d'excursion, il suffit de faire répéter au malade, sans interruption, une série de mouvements d'abaissement et d'élévation des sourcils. Du côté paralysé, la fatigue arrive vite, exagérant les à-coups dans la contraction, le retard du mus-

cle paralysé sur son congénère et la différence d'amplitude des mouvements des muscles des deux côtés.

Quand les sourcils sont au repos ou en contraction, si avec le pouce on cherche par une secousse brusque à se rendre compte de leur état de tension, on reconnaît que du côté paralysé les muscles sont flasques, moins tendus, moins résistants (Legendre).

La perte de l'occlusion isolée de l'œil, du côté sain, ne nous a pas paru aussi fréquente qu'à Simoneau et Pugliese. Cependant quand il existe, ce symptôme a une grande valeur. Mais il faut s'entourer de certaines précautions. Nombreux sont les individus qui normalement ne peuvent fermer isolément un œil. Il faut donc s'enquérir avec soin auprès du malade pour savoir si jadis, avant sa paralysie, il pouvait fermer un œil isolément. Il ne faudra tenir compte que des cas où le malade sera très affirmatif à cet égard. A défaut de ces renseignements, même quand le malade ferme à volonté l'œil du côté sain, et ne peut en faire autant du côté malade, le signe de Revillod n'a pas une valeur absolue. Nous avons vu des individus normaux qui pouvaient fermer isolément un œil et pas l'autre. Il y a donc là une cause d'erreur qu'il faudra éviter. Quoi qu'il en soit, le signe de Revillod mérite d'être recherché, et dans certains cas, quand le malade a perdu la faculté de fermer isolément l'œil du côté paralysé, alors qu'il le faisait jadis, ce sujet est un indice certain de la paralysie du facial supérieur.

Si le malade ne peut fermer isolément l'œil du côté paralysé, il est aussi incapable de l'ouvrir isolément. On fait fermer au malade les deux yeux ; si on lui commande d'ouvrir isolément l'œil du côté sain, il le fait facilement ; du côté paralysé, il est incapable de le faire ou ne le fait qu'avec beaucoup de difficulté. C'est là un symptôme qui nous a semblé avoir une certaine valeur. Clavey[1] a de son côté relevé souvent ce symptôme.

Enfin relevons que dans un cas nous avons observé la contraction secondaire du facial supérieur. Dans ce cas les rides sont plus accentuées du côté paralysé que du côté sain. Le sourcil est relevé, sa courbe est accentuée. Les mouvements d'élévation et d'abaissement du sourcil sont très diminués

[1] Thèse Paris, 1897.

et n'existent pour ainsi dire plus. Ces cas sont de beaucoup les plus rares, et même exceptionnels.

La participation du facial supérieur à l'hémiplégie, son parallélisme avec les troubles du facial inférieur viennent combattre la conception du noyau du facial supérieur isolé au pli courbe (Exner, Paneth, Landouzy, Dieulafoy). Les expériences de Ferrier, Bartolow, Sciammana; certains cas d'épilepsie jacksonnienne (Weiner, Hitzig, Féré, Marfan, etc.) permettaient de supposer que ce centre était à la zone psychomotrice, tout près du centre du facial inférieur. Plusieurs autopsies le démontrent. Hervey [1] observe un aphasique, atteint d'hémiplégie faciale avec participation de l'orbiculaire des paupières. L'autopsie montre un foyer de ramollissement sur la troisième frontale, et un second foyer sur le bord antérieur du sillon de Rolando, dans le point où se détache la troisième circonvolution frontale. Dans le cas de Milla [2] la paralysie totale du facial gauche tenait à la destruction du pied de la seconde circonvolution frontale, et du tiers inférieur de la frontale ascendante du côté gauche. Brissaud a observé une femme de 80 ans, frappée deux ans avant d'une hémiplégie droite avec aphasie qui s'amendèrent peu à peu, ne laissant qu'une paralysie faciale droite totale occupant le facial supérieur comme le facial inférieur. L'autopsie montra une « lésion corticale unique, ramollissement jaune, situé dans la région de l'opercule rolandique gauche, juste en arrière de l'opercule frontal. Ce ramollissement gagne dans la profondeur la rigole supérieure de l'insula. Le lobule du pli courbe et le pli courbe étaient sains. Si l'observation qu'on vient de lire devait, en raison de l'exiguité de la localisation, servir de document unique pour la détermination du centre des mouvements de la face chez l'homme, il faudrait conclure que ce centre occupe exactement, sur l'opercule, la portion de l'écorce située juste en arrière de l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando ». M. Brissaud considère son observation et les observations analogues comme des exceptions. Nous croyons avoir démontré au contraire que cette participation du facial supérieur est la règle dans l'hémiplégie. Nous avons pu pratiquer l'autopsie

[1] *Société anatomique*, 1874, p. 29.
[2] In Pugliese et Milla, *loco. cit.*

de trois des malades qui ont servi de base à ce travail. L'examen macroscopique des cerveaux a seul été pratiqué ; nous nous proposons de les étudier, après durcissement, en coupes microscopiques sériées et colorées et nous en ferons connaître le résultat. Voici dès maintenant ce que nous a donné l'examen macroscopique.

Le premier cas concerne le nommé M... Pierre-Jean, 83 ans (Obs. VII). Le facial inférieur était paralysé ; la paralysie du facial supérieur se caractérisait par la chute de la paupière et l'abaissement des rides. L'hémisphère droit présentait un large foyer de ramollissement cortical. Ce foyer occupait le pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales, et la partie adjacente de la frontale ascendante, l'opercule rolandique et la partie adjacente de la deuxième frontale, le gyrus supermarginalis et la première circonvolution temporale. En arrière le foyer s'arrêtait nettement à la branche ascendante du premier sillon temporal dont la lèvre postérieure était intacte. Le pli courbe ne présente aucune espèce de lésion. Sur la coupe de Flechsig on voit que le ramollissement de la substance corticale et sous-corticale s'étend du pied des circonvolutions frontales à la pariétale inférieure, mais sur cette coupe encore le pli courbe est intact, la lésion s'arrête au premier sillon temporal.

En faveur de la localisation à la zone psycho-motrice, nous pouvons encore invoquer un fait récent. Silva[1] a publié un cas d'épilepsie jacksonienne ; les crises débutaient par le facial supérieur (frontal et orbiculaire), gagnaient le facial inférieur et entraînaient la rotation conjuguée de la tête et des yeux. L'autopsie montre un kyste appoplectique s'étendant du pied de la deuxième frontale gauche jusque sur la pariétale ascendante. En présence de tous ces faits, il nous semble impossible d'accepter l'existence d'un autre moteur cortical pour le facial supérieur localisé ou pli courbe. Tout s'accorde pour démontrer sa non-existence ; rien n'autorise à admettre la dissociation d'origine du facial inférieur et du facial supérieur.

Les deux branches de la septième paire ont un centre commun à l'opercule rolandique. Si l'hémiplégie frappe le facial

[1] *Société médico-chirurgicale* de Paris. Juin 1898. — *Anal. in Revue neurologique*, 1898, p. 786.

inférieur et semble respecter le facial supérieur, ce n'est pas à l'anatomie, mais à la physiologie qu'il faut en demander la raison. Le facial supérieur doit son intégrité apparente à la synergie fonctionnelle des muscles qu'il innerve.

Quel trajet suivent les fibres du facial supérieur dans l'encéphale ? Il est facile de le déduire de ce qui précède. Elles suivent les fibres du facial inférieur dans tout leur trajet. Les autopsies de Chvostek et de Huguenin[1] le démontrent. Chvostek a vu un foyer d'apoplexie du rayon lenticulaire entraîner simultanément la paralysie du facial supérieur et inférieur, évidemment par compression de la capsule interne. Huguenin a trouvé un foyer nécrotique comprenant le lenticulaire, la capsule externe, la capsule interne et la partie externe et inférieure du noyau caudé comme cause d'une hémiplégie avec paralysie du facial supérieur et inférieur.

Coingt a observé chez le professeur Charcot un hémiplégique avec paralysie du facial supérieur tout entier (orbiculaire, facial, sourcilier) et ptosis. L'autopsie démontra l'existence d'un ramollissement du corps strié, intéressant la partie antérieure de la capsule antérieure.

Nous avons pu pratiquer deux autopsies confirmatives :

La première concerne le nommé L... Louis (Obs. XVI). Ici la paralysie du facial supérieur était assez marquée. Le cortex ne présente aucune lésion, mais sur la coupe de Flechsig nous voyons la lésion suivante : la partie antérieure du noyau lenticulaire est transformée en un kyste à parois ocreuses, qui détruit en même temps tout le segment antérieur de la capsule interne. Le genou et la partie anterieure du segment postérieur de la capsule interne sont comprimés et grisâtres. L'avant-mur et la capsule interne sont intacts.

Notre dernière autopsie est celle du nommé G... François, soixante-cinq ans[2] (obs. XXV). L'hémiplégie gauche avait rétrocédé ; mais le facial inférieur était nettement paralysé, la langue était déviée. La motilité des muscles des sourcils et du front était nettement altérée. A l'autopsie le cortex de l'hémisphère gauche ne montre aucune lésion. Sur la coupe de Flechsig,

[1] Cité par Pugliese.

[2] Nous remercions notre collègue, le Dr Aubry, qui a bien voulu nous permettre d'examiner et nous confier pour une étude ultérieure le cerveau de cet homme, décédé dans son service.

le noyau lenticulaire montre dans son segment moyen, empiétant un peu sur le segment interne, et au niveau du segment postérieur de la capsule interne un kyste ocreux, vestige d'une ancienne hémorragie. Ce kyste, qui mesure environ un centimètre d'avant en arrière, a comprimé le segment postérieur de la capsule interne et entraîné une tache de dégénérescence dans la partie postérieure du genou de la capsule interne. L'avant-mur, la capsule externe sont absolument normaux.

De même qu'il n'existe qu'un seul centre cortical du facial, de même toutes les fibres qui en partent suivent le même trajet, par le genou de la capsule interne. Le trajet des fibres du facial supérieur par l'anse lenticulaire doit être rejeté Tout le facial forme un seul nerf ayant même origine corticale et même trajet cérébral.

Nous venons de voir les symptômes de la parésie du facial supérieur dans l'hémiplégie. Dans un certain nombre de cas, plus fréquent qu'il ne semblerait au premier abord, le releveur de la paupière supérieure, innervé par le moteur oculaire commun participe à la paralysie. La fente palpébrale est maintenue ouverte par deux forces antogonistes : l'une qui tend sans cesse à fermer l'ouverture palpébrale est représentée par l'orbiculaire des paupières ; l'autre qui maintient ouvert la fente palpébrale, le releveur de la paupière. A l'état normal que l'équilibre soit détruit, et les dimensions de l'orifice palpébral varient.

Chez les hémiplégiques, la fente palpébrale du côté paralysé est plus ou moins ouverte suivant les cas. Souvent les deux fentes sont égales et il est impossible de noter la moindre différence entre elles. Assez souvent la fente palpébrale du côté paralysé est plus ouverte que du côté sain. Mais ce qui est plus fait pour surprendre, c'est la diminution de la fente palpébrale du côté paralysé. Au premier abord, il y a là un paradoxe. Dans la paralysie faciale périphérique, l'œil du côté paralysé est largement ouvert et le malade ne peut abaisser sa paupière. Le facial supérieur a perdu toute action sur l'orbiculaire et le moteur oculaire commun agit normalement sur le releveur palpébral dont l'action n'est plus contre-balancée. Pourquoi n'en est-il plus de même dans certains cas d'hémiplégie ? Parfois le rétrécissement de la fente palpébrale du côté hémiplégié est plus

apparent que réel. Quand on examine avec soin les yeux du malade, on se rend parfaitement compte que cet aspect est dû alors à l'affaissement du sourcil du côté paralysé; celui-ci a perdu en partie sa courbe normale, et l'œil par suite de cet abaissement du sourcil, semble rétréci beaucoup plus qu'il ne l'est en réalité. Cependant ce rétrécissement de la fente palpébrale est réel, bien que peu accentué. Nous l'avons relevé dans 8 de nos cas d'une façon nette. Une autre fois nous avons vu la fente palpébrale rétrécie à certains moments, égale à d'autres. Dans ces cas il s'agit évidemment, au point de vue clinique, d'un ptosis d'origine cérébrale.

Sans vouloir refaire ici tout l'historique de cette question, rappelons que la coïncidence d'un ptosis et d'une paralysie faciale chez un hémiplégique a été depuis longtemps signalée. Durand Fardel lui attribuait de la valeur dans la symptomatologie du ramollissement cérébral. Prévost[1] publie six observations de ptosis avec paralysie faciale chez des hémiplégiques; Chouppe[2] relate un cas remarquable où chez un hémiplégique le ptosis s'allie à une paralysie du facial inférieur et du facial supérieur; Pitos[3] a signalé un fait cétèbre de ptosis et paralysie faciale avec lésion cérébrale très combinée; Landouzy[4] a consacré à cette question un chapitre de sa thèse et y est revenu dans un mémoire qui fait époque; Coingt[5] y revient à plusieurs reprises; Blanc[6] traite ce sujet dans sa thèse, ainsi que Surmont[7] et Houeix de la Brousse[8]. Beaucoup d'autres observations sont éparses dans la littérature. Puglire relève le fait; les classiques (Souques in traité Charcot-Bouchard) signalent sa possibilité.

Le fait est même beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit. Au début de l'hémiplégie, l'abaissement de la paupière supérieure est presque de règle, mais très vite, il disparait; les cas où il persiste sont beaucoup plus rares. Mais je suis

[1] Prévost. Thèse Paris, 1868.

[2] Chouppe. *Société anatomique*, 1874, p. 559.

[3] Pitos. *Progrès médical*, 1876.

[4] Landouzy. Thèse Paris, 1876 et *Archives générales de médecine*, 1877, t. II.

[5] Coingt. Thèse Paris, 1878.

[6] Blanc. Thèse Paris, 1885-1886.

[7] Surmont. Thèse Lille, 1886.

[8] Houeix de la Brousse. Thèse Paris, 1888.

convaincu que si l'on a l'esprit attiré de ce côté et qu'on examine systématiquement à ce sujet tous les hémiplégiques que l'on pourra suivre dès le début de leur affection, ce symptôme apparaîtra comme très fréquent. Il peut exister isolément; des observations avec autopsie en font foi ; mais dans l'immense majorité des cas il accompagne la paralysie du facial.

Comment peut on expliquer ce symptôme. Pour M. Brissaud le rétrécissement de la fente palpébrale n'a d'autre explication plausible que la paralysie même de l'orbiculaire : « De même que dans la paralysie radiale, les muscles fléchisseurs, innervés par le médian, se contractent avec moins d'énergie, de même, dans la paralysie de l'orbiculaire, le releveur de la paupière est insuffisant. Le défaut de tonicité de l'orbiculaire prive celui-ci du point d'appui nécessaire pour conserver à la fente palpébrale sa largeur ordinaire. Il ne s'agit donc pas d'une incapacité fonctionnelle réelle, mais d'une incapacité relative et en tous cas apparente. Les faits de cet ordre loin d'être exceptionnels relèvent d'une loi générale, applicable à toutes les conditions normales ou pathologiques de l'antagonisme musculaire. »

Nous ne saurions admettre cette manière de voir. La comparaison avec ce qui se passe dans la paralysie radiale est inexacte. Ici les extenseurs sont paralysés ; les fléchisseurs, débarrassés de leurs antagonistes, rapprochent leurs deux points d'insertion, et c'est pour cela qu'ils se contractent avec moins d'énergie. Dans la paralysie de l'orbiculaire, si l'assimilation était exacte, le releveur palpébral, privé de son antagoniste, devrait rapprocher ses deux extrémités, c'est-à-dire élargir la fente palpébrale, de même que dans la paralysie radiale les fléchisseurs, non contre-balancés par les extenseurs, fléchissent le poignet ; il est impossible de comprendre comment un muscle releveur de la paupière, privé de son antagoniste, l'orbiculaire, agit dans le sens contraire à son action propre et dans le sens de son antagoniste. La comparaison est donc inadmissible.

Une autre raison s'oppose à ce que l'hypothèse de M. Brissaud puisse être admise : c'est l'état de la fente palpébrale dans la paralysie faciale périphérique. Ici la fente palpébrale est toujours élargie, plus grande du côté paralysé que du côté sain, et le malade est dans l'impossibilité de fermer

l'œil paralysé. Or, dans la paralysie faciale périphérique, la paralysie de l'orbiculaire est complète, absolue ; le releveur de la paupière est privé de tout antagonisme, de tout point d'appui, le releveur devrait donc se contracter dans ce cas, si la théorie de M. Brissaud était exacte, avec encore moins d'énergie ; et la paupière devrait être tombante. Or, c'est le contraire qui existe. Le releveur privé de son antagoniste, comme les fléchisseurs dans la paralysie radiale, rapproche ses deux extrémités et dans le cas actuel relève la paupière et augmente la fente palpébrale. L'hypothèse de M. Brissaud, malgré son analogie apparente, si séduisante au premier abord, n'est pas admissible et ne résiste pas à une critique sévere des faits.

En fait il existe que dans la paralysie faciale périphérique la fente palpébrale est toujours élargie et que dans certains cas de paralysie faciale centrale elle peut être diminuée, rétrécie.

Quelle différence y a-t-il entre les deux cas? Dans l'un, la lésion est périphérique ; elle a frappé exclusivement le nerf facial, respectant les autres nerfs moteurs de la face. Dans l'autre, il s'agit d'une lésion centrale, ayant frappé les centres d'origine de tous les nerfs d'une moitié du corps. Le moteur oculaire commun, bien que ne jouissant que de mouvements synergiques, est un nerf volontaire ; par suite il a une représentation corticale. Pourquoi ce centre cortical ne serait-il pas atteint par la lésion qui donne l'hémiplégie au même titre que celui du facial supérieur, et moins encore que ce dernier puisque celui-ci possède quelques mouvements asynergiques, tandis que le moteur oculaire ne jouit que de mouvements synergiques ? Nerf synergique, le moteur oculaire conserve l'intégrité complète de ses mouvements volontaires ; mais sa tonicité, par suite de la lésion centrale, est diminuée du côté paralysé et sa prédominance d'action sur le facial supérieur parésié est diminuée. Par son action synergique, le moteur oculaire opposé supplée son homologue du côté paralysé pour tous les mouvements synergiques des yeux ; mais celui du côté hémiplégié sera amoindri dans son action, et diminué dans sa tonicité, d'où moindre relèvement de la paupière. En comparant le rétrécissement de la fente palpébrale dans l'hémiplégie avec l'élargissement de la fente palpébrale dans la paralysie faciale périphérique, il

est impossible d'expliquer cette contradiction paradoxale, si on n'admet pas que la lésion cérébrale a frappé le centre originel du moteur oculaire. En résumé la lésion cérébrale paralyse du même coup toute la moitié du corps ; complètement les muscles des membres dont les mouvements sont asynergiques, moins complètement le facial inférieur dont les mouvements sont au moins autant synergiques que asynergiques, très incomplètement le facial supérieur comme les muscles du tronc dont les mouvements sont essentiellement synergiques, bien qu'on puisse les faire agir asynergiquement, et diminue simplement la tonicité du moteur oculaire commun dont presque tous les mouvements sont synergiques. Nous rentrons ainsi dans la grande loi générale de Broadbent et Charcot, qui veut que l'hémiplégie respecte relativement les muscles à mouvements associés. D'autres symptômes font encore admettre la participation du moteur oculaire commun à la paralysie. Souvent (thèse Coingt) on voit signalée l'inégalité pupillaire ; fréquente est la coïncidence de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Exceptionnellement même on a vu une paralysie de l'œil.

La participation du moteur oculaire commun à l'hémiplégie n'est pas fatale dans tous les cas. Quand la fente palpébrale est plus largement ouverte du côté paralysé, c'est que la paralysie a frappé davantage l'orbiculaire et que le releveur de la paupière supérieure est ou indemne ou peu touché. Le ptosis, par contre, indique qu'il y a prédominance d'action de l'orbiculaire des paupières, et que par suite le releveur de la paupière est plus paralysé que l'orbiculaire. Le moteur oculaire commun ne présente qu'un seul muscle dont les mouvements ne soient pas absolument synergiques. Les globes oculaires fonctionnent toujours simultanément, jamais isolément ; leur intégrité n'a donc rien d'extraordinaire. Par contre, le releveur de la paupière supérieure est relativement asynergique, tout au moins chez certains individus qui peuvent, les deux yeux étant fermés, ouvrir isolément chaque œil. On comprend donc pourquoi la parésie de la troisième paire se manifeste seulement sur le releveur de la paupière et encore chez certains individus seulement.

Comment le moteur oculaire commun peut-il être atteint par la lésion ? Nous ne voulons pas faire ici toute la discussion de la localisation corticale du ptosis que l'on trouvera

dans la thèse de Surmont (Lille, 1886). Rappelons seulement que Charcot et Pitres, de la critique judicieuse des observations concluent que toute tentative de localisation du centre du moteur oculaire commun est encore prématurée (1895) et que si certaines observations tendent à le placer au pli courbe, d'autres nombreuses contredisent à cette localisation et le feraient placer plutôt à la zone psychomotrice, à la partie inférieure des circonvolutions ascendantes.

Bosco le place au-devant du centre du bras, au-dessus de celui de la face. Nos recherches cliniques nous inciteraient à admettre cette opinion. Depuis notre communication à la *Société de Biologie* (9 juillet 1898), Hartley Bunting [1] d'un travail sur ce sujet conclut que le releveur de la paupière supérieure possède un centre situé dans l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale, au-dessus et avant du point où le place Bosco, un peu plus bas que celui où Terrier l'indique. Ce centre en résumé serait très voisin de celui de la face dont il fait en quelque sorte partie.

Depuis que ce travail a été donné à l'impression, nous avons pu observer quatre nouveaux faits, qui confirment tout à fait nos premières recherches et que nous avons communiquées au Congrès de neurologie d'Angers.

Il nous reste à dire un mot de l'époque d'apparition et de l'évolution des paralysies du facial supérieur et du moteur oculaire commun chez les hémiplégiques.

Ces paralysies sont très fréquentes, nous n'osons dire constantes, au moment de l'apoplexie; elles se montrent quand le facial inférieur est touché et jamais quand il est indemne.

Très vite elles s'améliorent, conformément à la loi de Broadbent et Charcot. Il est exceptionnellement rare de voir la paralysie du facial supérieur et du moteur oculaire commun persister à un degré très accentué ; le plus souvent il s'agit d'une parésie plus ou moins latente qu'il faut rechercher et mettre en évidence.

A mesure que l'hémiplégie guérit et surtout quand le facial inférieur guérit, l'amélioration se fait rapide du côté du facial supérieur et du releveur de la paupière supérieure. Celui-ci reprend le premier l'intégrité de ses mouvements ; le facial supérieur peut aussi reprendre toute son intégrité

[1] Lancet, 20 août 1898. *Anal. in Presse medicale*, 1898, II, p. 324.

au bout d'un certain temps ; c'est ce qui explique les différentes opinions des auteurs et comment on a pu soutenir qu'il échappait toujours à la paralysie.

Conclusions. — 1° Dans toute hémiplégie d'origine cérébrale, la paralysie du facial supérieur est de règle toutes les fois que le facial inférieur est lui-même paralysé.

2° Cette paralysie du facial supérieur est toujours beaucoup moins accentuée que celle du facial inférieur ; elle est aussi beaucoup moins accentuée que dans la paralysie faciale périphérique.

3° Dans l'hémiplégie, la paralysie du facial supérieur est pour ainsi dire latente et demande à être recherchée.

4° Le rétrécissement de la fente palpébrale du côté paralysé ne peut s'expliquer que par la participation du moteur oculaire commun à la paralysie.

5° L'intégrité relative du facial supérieur et surtout du moteur oculaire commun ne tient pas à une disposition anatomique, isolant ces nerfs de la zone pychomotrice ; elle se déduit physiologiquement du mode d'action synergique de ces nerfs.

6° Le facial supérieur a le même centre cortical ou un centre très voisin du facial inférieur. Les centres corticaux du facial supérieur et du releveur de la paupière supérieure sont placés dans la zone psychomotrice.

PATHOLOGIE MENTALE.

LES MÉLANCOLIQUES.

(ÉTUDE CLINIQUE) ;

Par le Dr ALEX. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale,
Médecin adjoint à l'hospice d'Aliénés Marcoutza (Bucarest).

Dans un asile d'aliénés les mélancoliques forment un groupe à part de malades par l'aspect clinique, l'attitude et

les allures bien caratéristiques qu'ils présentent; leur pronostic offre des considérations propres quant à la guérison; le traitement mérite une attention sévère et continuelle.

Leur attitude, leurs mine, faciès et regard les font facilement distinguer des autres aliénés. — En effet, nous n'avons pas ici l'air hautain, méfiant et soupçonneux du délirant chronique; ni l'air bonasse, satisfait et content du paralytique général; l'œil et le regard brillant et hagard, continuellement en mouvement et agitation, discourant sans trêve, incohérent du maniaque; ici non plus l'air hébété de l'épileptique; ni la mine et l'air niais et goguenard de l'imbécile, bête et stupide de l'idiot.

Tout autrement se présentent les mélancoliques: ils ont l'aspect triste, la tête baissée, les bras pendants, la physionomie altérée, les traits tirés, le visage amaigri et blafard, l'expression douloureuse, le regard morne, éteint, sans expression et vivacité, le front ridé; les muscles sourciliers se désinent et proéminent, leur réunion de chaque côté forme un *oméga* grec, la bouche contractée; ils sont immobiles, inertes et passifs; il faut les habiller, les faire lever, marcher, manger, etc, sans cela ils ne bougeraient pas. — Ils sont parfois pris tout à coup d'une espèce de crise impulsive pendant laquelle ils se livrent automatiquement à des violences et actes dangereux, crise désignée sous le nom de *raptus melancolicus*.

Ils peuvent encore se présenter sous un aspect tout à fait contraire, le visage inquiet, le regard brillant, l'air anxieux et terrifié. Ils profèrent des pleurs, des cris, des gémissements, des plaintes entrecoupées, des gestes saccadés, des actes purement mécaniques et constamment les mêmes. Ils se débattent, font des inclinations, se déssabillent, se déchirent, se tordent les doigts, les lèvres, s'écorchent les mains et la face sans rien sentir et sans y prêter attention.

La première forme clinique constitue la *mélancolie simple* ou la *mélancolie avec stupeur;* la dernière, la *mélancolie agitée* ou *anxieuse*.

La mélancolie a été rangée parmi les psychoses, sa lésion anatomique n'étant pas encore connue.

Les centres nerveux paraissent absolument indemnes. On note parfois des troubles circulatoires (ischémie ou congestion passive), ou des altérations viscérales qui par sympathie produisent des troubles cérébraux.

La mélancolie est l'opposé de la manie où il y a une irritabilité très grande de la couche corticale et des centres nerveux ; les malades sont très mobiles, expansifs, exubérants dans leurs idées et actes, incohérents dans leurs discours, et continuellement en mouvement ; le contraire arrive dans la mélancolie où il y a une dépression, une sorte d'assoupissement de l'activité de la couche corticale et des centres nerveux. — Cet état peut être aussi symptomatique à d'autres affections cérébrospinales comme, par exemple dans la neurasthenie ou dans la paralysie générale à début mélancolique et hypochondriaque.

Le point de départ, l'origine, la cause de cet état de dépression de l'activité cérébrale paraissent dus à une altération soit vasculaire, soit essentielle des neurones de la région sensitive et sensorielle, qui s'étend plus tard et affecte la sensibilité morale et psychique de l'individu.

La mélancolie est une affection connue depuis bien longtemps : ainsi le mot *mélancolie* était déjà usité par Hippocrate pour désigner une espèce de folie caractérisée par un délire triste. Ce mot a été aliéné (altéré) dans son vrai sens primitif par des auteurs qui sont allés jusqu'à admettre une mélancolie gaie (sauvages) ; Senert et Arétée lui donnèrent la vraie signification qui fut bien établie par Esquirol, qui désigna la mélancolie sous le nom de *lypémanie*.

Les doctrines humorales de Galien, qui considérait la mélancolie comme produite par l'altération d'une ou deux des quatre humeurs et spécialement la bile et l'atrabile, opinion qui fut partagée par beaucoup d'auteurs, et même le nom de mélancolie, trouvait son explication dans la traduction par *bile noire*.

La mélancolie est parfois due à une sympathie pathologique, les diverses altérations morbides des viscères et organes, surtout ceux qui siègent dans l'abdomen, sont susceptibles de déterminer une folie sympathique ; le cas est surtout manifeste pour l'hypochondrie qui n'est qu'une variété de mélancolie.

La mélancolie est caractérisée par une forte dépression morale douloureuse. Le sentiment pénible douloureux est lié avec une dépression, torpeur des forces et de l'activité intellectuelle ; conscient de cet état le malade arrive au découragement le plus complet ; bientôt l'irritation et l'alté-

ration des centres sensoriels, de l'idéation, du psychique, lui font commettre des actes désordonnés.

Quand le grand sympathique prend part aux irritations et altérations des centres nerveux, les malades sont pris d'anxiété, angoisse précordiale, ont des névralgies diverses : intercostales, viscérales, etc. ; les centres thermiques et vasomoteurs étant intéressés, nous assistons aux troubles de la température, aux troubles vasomoteurs (cyanose et refroidissement des extrémités, etc.). L'arrêt complet de l'activité psychique produit la stupeur qui n'est souvent qu'apparente, l'individu étant très actif dans son for intérieur.

Le sentiment douloureux est lié à une idée d'impuissance physique et morale qui donne naissance aux idées tristes de désespoir, de dégoût, manque de confiance en soi-même, absence de toute initiative, de décision, détermination ; la volonté en un mot fait complètement défaut ; les malades sont continuellement dominés par leurs idées tristes, interprètent défavorablement les phénomènes et événements extérieurs, prennent des personnes indifférentes ou amies pour des ennemis; le moindre événement insignifiant est un malheur ou la cause et l'origine d'une infortune.

Les faits ne sont plus vus et considérés à leur juste valeur et comme il faut. Rien ne leur fait plaisir; tout les aigrit, les fâche, les indispose et les fait souffrir. Ils arrivent à ne plus être en état de faire quoi que ce soit. Le début de cette maladie, et surtout la mélancolie simple, s'observent plus souvent dans les familles, plus rarement dans les hospices et asiles d'aliénés où on observe surtout la mélancolie anxieuse et la mélancolie avec stupeur confirmée.

Les malades, en cherchant une explication à leurs sentiments douloureux, se posent la question : Pourquoi est-ce que je souffre ? Alors surgit l'idée de damnation, punition, culpabilité, criminalité, une faute commise, une simple incorrection ou inconduite dont l'idée tourmente parfois les malades.

D'autres sont tourmentés par l'idée de ruine; qu'ils ne sont plus bons à rien, indignes de vivre (humilité); d'autres, par l'idée qu'ils sont malades (délire hypochondriaque, nosomanie), leur estomac est plein, leurs intestins bouchés; ils ne peuvent plus rien avaler, ils arrivent à ne plus manger (sitiophobie) : ce dernier délire est quelque fois dû au fait qu'ils se croient indignes de manger. Souvent il y a des hallucinations

et des illusions surtout internes, viscérales, qui ont leur origine dans une perversion ou diminution de la sensibilité générale et spéciale. Ces hallucinations et illusions entretiennent le délire, lequel à son tour contribue à soutenir et à renforcer les hallucinations et illusions; nous avons alors un cercle vicieux constituant la mélancolie hallucinatoire.

Le caractère psycho-moteur que prennent parfois les hallucinations nous explique pourquoi les malades qui jusqu'ici étaient immobiles, apathiques, deviennent subitement très impulsifs et dangereux et commettent des actes désordonnés et terribles, des meurtres; détruisent parfois tout ce qui se présente dans leur chemin, parfois commettent des suicides, homicides, parricides etc.

La mélancolie anxieuse est caractérisée entre autres symptômes par une angoisse précordiale qui paraît due à une irritation du pneumogastrique; une hypéresthésie, dysesthésie et enfin une anesthésie des sens et de la sensibilité générale, ce qui explique la fréquence des blessures et des mutilations que s'infligent à eux-mêmes les mélancoliques; des névralgies diverses surtout intercostales et du trijumeau, qui servent à fixer l'idée mélancolique; elles entretiennent la marche du délire ou l'état d'angoisse.

Les organes des sens paraissent souvent pervertis dans leurs fonctions; ainsi le goût et l'odorat leur donnent des sensations écœurentes de toute nature. L'organe de la vision, siège des illusions, plus rarement des hallucinations, exploré d'une façon minutieuse nous a révélé les particularités suivantes :

Le tonus de l'œil paraît diminué, surtout dans les cas de mélancolie avec stupeur.

Le regard est terne, fixe immobile; les mouvements du globe oculaire et surtout le mouvement d'élévation se font très lentement et difficilement, la réaction pupillaire à la lumière et à l'accommodation est aussi notablement ralentie.

Les pupilles sont dilatées dans la majorité des cas. L'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil nous montre une coloration gris-jaunâtre du champ rétinien, que nous croyons due à un œdème qui envahit la rétine; cela s'observe surtout dans les cas de mélancolie avec stupeur, quand nous constatons aussi une dilatation des vaisseaux veineux et, par contre une atrésie des artères de la rétine. La papille est normale comme coloration, elle n'a pas paru excavée.

Le pouls est habituellement ralenti, ou petit, filiforme, contracté ; le tracé sphygmographique nous le montre à petit plateau et ligne de montée très peu élevée, les *caractères d'un pouls à forte tension*. Chose explicable si on se rappelle l'état de contraction dans lequel se trouve le système musculaire du mélancolique, ce tracé nous offre quelques analogies avec ce que Mantegazza a trouvé dans la douleur; le tracé pris alors nous donne aussi un pouls diminué d'amplitude, ressemblant beaucoup avec celui du mélancolique, dont le pouls indiquerait donc par ses caractères une douleur qui est bien réelle au moins au point de vue psychique.

Dans les états d'agitation comme on les observe dans la mélancolie anxieuse, le pouls devient acceléré ; de même que la respiration, le nombre des pulsations peut atteindre 100-120 par minute, n'étant dans les autres cas de mélancolie simple ou avec stupeur que bien ralentis, à peine à 35-40 pulsations par minute.

La respiration est superficielle, ralentie, incomplète, proportionnellement inférieure au rythme cardiaque, dont les battements sont aussi ralentis. L'hématose se fait mal, d'où la fréquence des congestions passives des poumons. La circulation veineuse se fait mal et l'on observe très fréquemment l'œdème des malléoles et des pieds. La température du corps est abaissée surtout à la périphérie où elle peut descendre de 2-3 degrés. Les extrémités, mains, nez, oreilles, sont refroidies, cyanosées, violacées.

On observe des troubles des fonctions organiques et principalement des fonctions digestives. Il est habituel de rencontrer de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie ; un enduit saburral épais recouvre la langue ; il existe de la flatulence, de la constipation, les selles sont extrêmement fétides. Comme conséquence, la perte de l'appétit et le refus des aliments qui amène de l'amaigrissement général. L'haleine des mélancoliques est forte, mauvaise, surtout celle des malades qui ne mangent pas. Les secrétions sont aussi diminuées, de même que l'activité génitale. Enfin ils présentent des troubles du sommeil, ce qui constitue parfois un des premiers symptômes; le sommeil est douloureux, pénible, coupé par des rêves, des cauchemars et des hallucinations. Les malades caractérisés par leur attitude, leur contracture et immobilité générale, leur passivité, ne se mouvant et ne marchant pas, n'accom-

plissant qu'à peine leurs besoins, finissent par devenir incontinents, gâteux, sales.

On distingue trois degrés dans la mélancolie : 1° mélancolie simple sans délire proprement dit, sans hallucinations ni

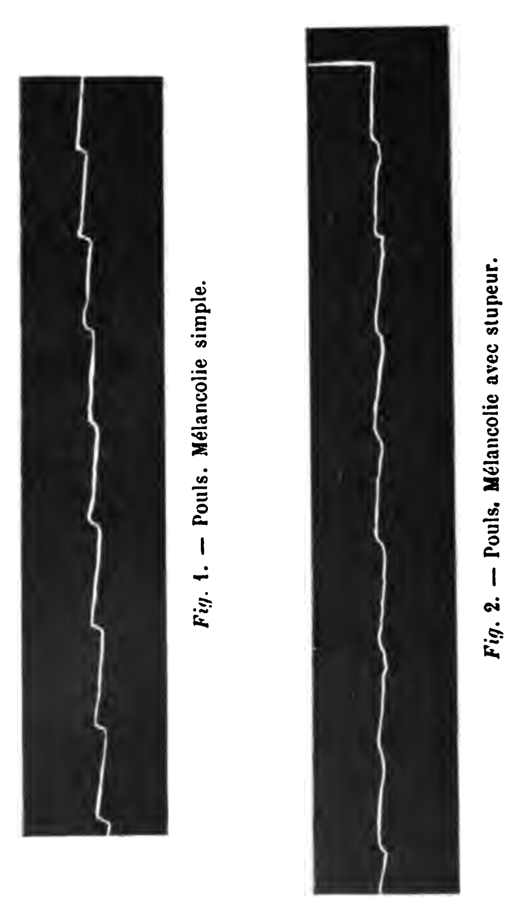
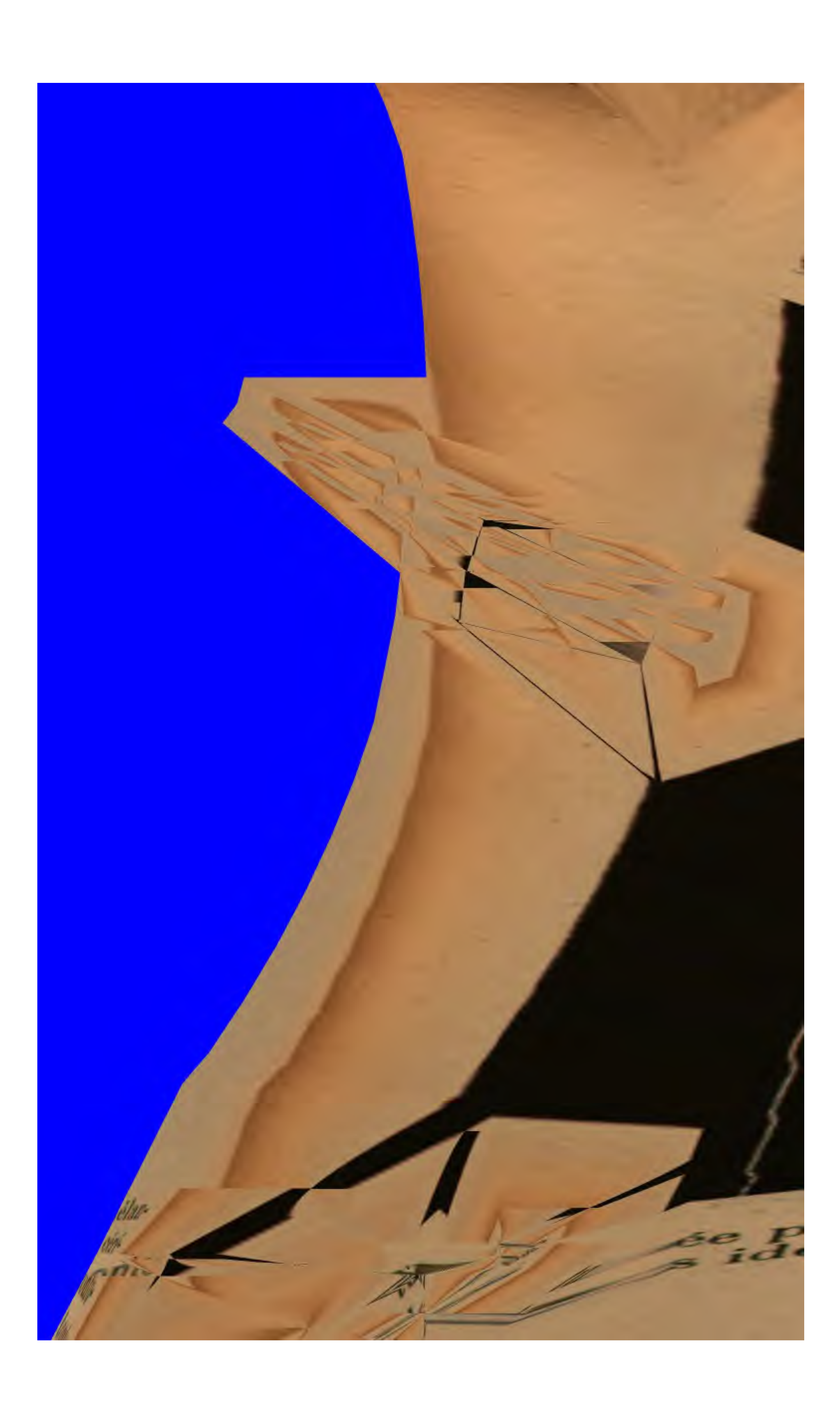


Fig. 1. — Pouls. Mélancolie simple.

Fig. 2. — Pouls. Mélancolie avec stupeur.

illusions ; c'est une forme passive, de même que 2° la mélancolie avec stupeur où il y a un arrêt complet de l'activité cérébrale, cette dernière forme souvent confondue avec la confusion mentale. Mais ici malgré l'apparence d'abolition de toute activité cérébrale du mélancolique avec stupeur, d'après cer-



à la suite des hallucinations et illusions ils arrivent par

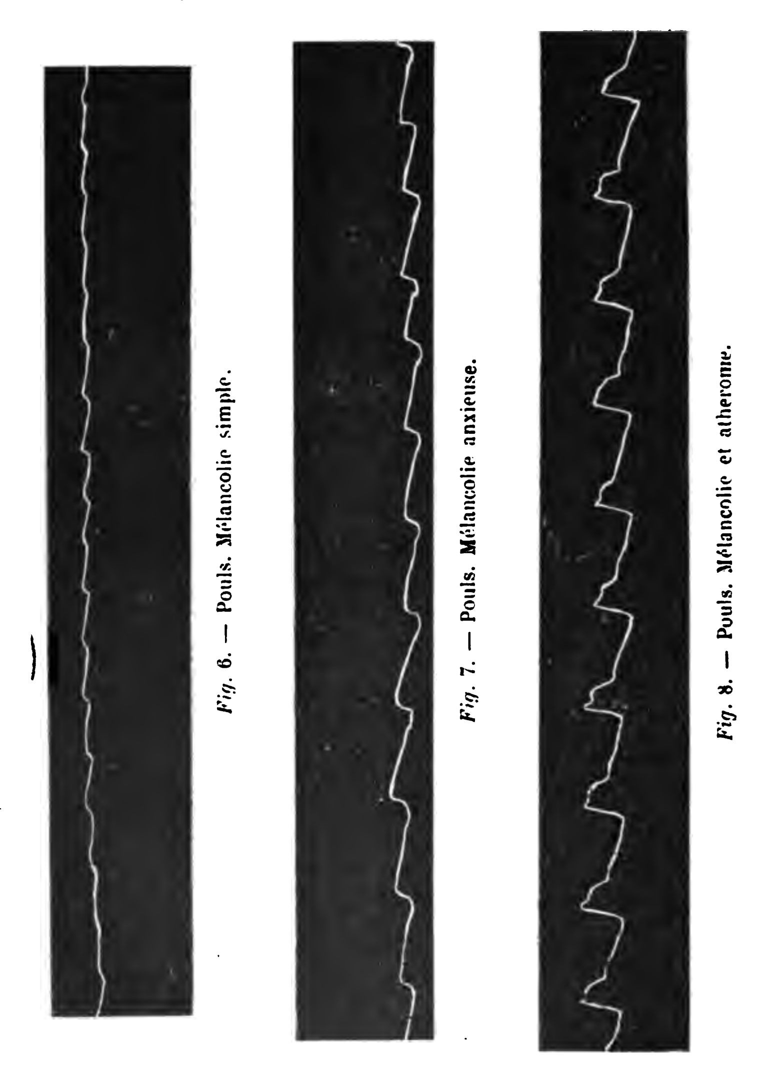


Fig. 6. — Pouls. Mélancolie simple.

Fig. 7. — Pouls. Mélancolie anxieuse.

Fig. 8. — Pouls. Mélancolie et athérome.

appréhension, méfiance, à un arrêt complet de toutes les formes et manifestations d'activité cérébrale dans un état de

stupeur complète. 3° La mélancolie anxieuse est une forme active avec agitation ; ici il y a des hallucinations psychomotrices qui suivent quelque fois la sensation d'angoisse précordiale, laquelle se propage plus haut aux centres moteurs céphaliques ; c'est alors que les malades commettent différents actes désordonnés (meurtres, suicides, destructions, se jettent par la fenêtre). Cette dernière forme est encore assez fréquente ; c'est elle qu'on observe surtout dans les asiles où ces malades sont surtout amenés pour sauvegarder la sûreté publique et pour être soumis à une surveillance indispensable et souvent impossible dans les familles.

Les sensations, délires et hallucinations des malades peuvent être isolés ou rouler dans un même ordre d'idées, comme par exemple dans la mélancolie religieuse où prédomine le délire religieux ; les malades, et ce sont surtout les dévots qui en sont atteints, prient continuellement ; ils disent que Dieu les abandonne, que les démons les ont saisis, possédés, etc. ; dans la forme nosomane et hypochondriaque, ce sont les préoccupations de leur santé, les sensations et hallucinations internes, viscérales, organiques qui prédominent ; les malades ont peur des maladies : exemples, syphiliophobie, phobie, des intoxications, et toutes leurs sensations se concentrent autour de ces idées. Donc, selon les idées, délires, sensations qui prédominent, nous aurons des formes diverses de mélancolie.

La mélancolie est une affection curable : 50 et plus p. 100 de guérisons. Il n'y a que les formes qui se prolongent trop longtemps : plus que six à huit mois, époque vers laquelle on peut espérer encore la guérison de la mélancolie ; après cette durée, la mélancolie tend à devenir chronique et à finir par la démence si une affection intercurrente ne vient hâter la fin du malade. L'apparition d'un délire spécial, ainsi nommé délire de négations, délire d'immortalité, dénote l'incurabilité. Tout manque à ces malades ; ils n'existent plus, n'ont plus d'organes ; ils ne mourront plus jamais, ces délires apparaissant tardivement dans la mélancolie sont caractéristiques de l'incurabilité.

Malgré les formes curables, il est à noter que la dépression morale dont sont atteints les malades se répercute aussi sur les actes physiques et physiologiques ; ils ne respirent plus suffisamment, se nourrissent mal ; l'assimilation ne se fait

pas, la circulation est en défaut (pouls ralenti, cyanose des extrémités, température abaissée) ; ces divers troubles aboutissent à la misère physiologique, qui amène et favorise l'éclosion de la tuberculose, une terminaison fréquente des mélancoliques.

La sitiophobie et le délire qui la produit doivent être combattus à toute force, étant donné que cette phase délirante peut se modifier et la maladie changer favorablement son caractère et la guérison survenir. De même la tendance au suicide doit être l'objet d'une surveillance attentive et continuelle.

Il faut ne pas oublier aussi que, sous le masque de l'impassibilité, de la concentration, de l'immobilité (stupeur), se cache souvent un délire des plus actifs, et ce tableau extérieur des plus trompeurs cache souvent des tendances destructives, terribles, inattendues et subites; cette fureur dangereuse constitue le raptus melancolicus qu'on observe surtout dans la forme anxieuse de la mélancolie.

On combattra la sitiophobie, refus de manger en nourrissant artificiellement les malades par la sonde œsophagienne ou nasale, ce qui vaut mieux que les lavements nutritifs.

On arrivera bien difficilement, et la peine sera presque toujours inutile en voulant persuader les malades de l'inanité de leur délire, qui occasionne la sitiophobie, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'estomac ou que ce dernier, ainsi que leurs intestins, sont pleins, bouchés, collés, ou encore ce qui arrive chez d'autres malades qui ne mangent pas parce qu'ils se croient indignes de vivre, qu'ils sont coupables, criminels, damnés, etc.

Comme traitement médicamenteux, l'opium à doses progressives, 0,10 centigrammes et plus par jour, ainsi que les injections hypodermiques de morphine trouvent ici leurs indications souvent efficaces. Les toniques et stimulants généraux seront aussi un utile adjuvant. L'hydrothérapie consistant en des bains de vapeur suivis de douches froides, affusions, ainsi que l'électricité, snrtout la franklinistion, douches électriques seront essayés, parfois avec un réel bénéfice.

Observation I. — La nommée Guiselle Gr..., âgée de cinquante-huit ans, ménagère, entre à l'hospice le 4 janvier 1895.

État physique. — Débilité marquée. Tremblements légers aux

membres supérieurs. Les pupilles sont égales, mais réagissent lentement. Le réflexe pharyngien normal, le réflexe rotulien exagéré. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs aux membres supérieurs normaux. Pas de tremblements de la langue. La parole est normale.

La sensibilité cutanée à la douleur et à la température complètement abolie.

Les battements cardiaques exagérés, mais courts, les artères scléreuses. Les autres organes normaux.

Etat psychique. — L'aspect de la malade dénote la tristesse et l'abattement, elle tient la tête penchée sur la poitrine et se lamente sans cesse. Parfois elle se couche par terre et refuse de se mettre au lit. Aux questions que nous lui posons elle répond directement et sans hésiter. Les réponses données correspondent aux questions posées. La mémoire est complètement conservée tant pour les faits récents qu'anciens. La malade nous répond exactement aux questions de son âge, du nombre de ses enfants, sur l'époque de la mort de son mari.

Demandée pourquoi elle se plaint toujours? Elle nous répond qu'elle a commis des péchés, mais elle n'est pas en état de nous donner des renseignements sur les faits dont elle s'accuse. Malgré toute insistance pour apprendre le moindre détail sur ses péchés, on n'obtient que la réponse invariable : *j'ai commis des péchés.*

Les premiers jours de son entrée, la malade a eu des hallucinations, surtout la nuit, elle voyait, disait-elle, des Turcs et des Grecs, etc. Aujourd'hui les hallucinations ont disparu. Les sentiments moraux affectifs ainsi que le sentiment de la pudeur et de la propreté sont conservés. Le sommeil est troublé d'une façon notable, la malade ne dort pas sans hypnotiques.

Le 25 janvier, survient un affaiblissement marqué, la malade n'est plus en état de se tenir debout, et couchée, elle n'est pas en état de se lever.

Les facultés intellectuelles sont aussi amoindries, la malade n'est plus en état de donner une réponse, quelque insistance que nous mettons à la questionner.

Les yeux et le regard troubles, dirigés en bas. On note aussi un léger mouvement fébrile.

Observation II. — Le nommé C. Petride, âgé de vingt ans, entre à l'hospice le 27 janvier 1895.

Etat physique. — Constitution faible.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, dans son enfance, plusieurs abcès scrofuleux dont on voit encore les traces et cicatrices dans la région cervicale. Dans ces derniers temps, il a eu aussi des écoulements d'oreille. Le patient vivait toujours retiré,

était très déprimé et émotif. Les parents supposent qu'il se donnait à la masturbation et qu'il avait contracté la syphilis dernièrement.

Au commencement de sa maladie mentale qui s'est déclarée il y a une année, le malade a eu des vertiges et une peur inexplicable, il était souvent agité et même impulsif; puis est survenue une période de dépression quand il fut amené à l'hospice.

A l'examen, rien à noter d'anormal du côté du crâne et de la face, il n'y a pas d'asymétrie appréciable. Les lobules des oreilles sont adhérents, la voûte palatine est profonde. On observe quelques irrégularités dans l'implantation des dents.

Sur toute l'étendue du thorax nous trouvons une éruption acnéiforme. Les pupilles sont égales, dilatées, le réflexe lumineux est conservé, de même le réflexe cornéen. Le réflexe pharyngien est diminué. On observe des légers tremblements de la langue. La parole, quoique traînante et paresseuse, n'est pas hésitante ni difficile. Les extrémités supérieures offrent des tremblements, les mouvements des membres sont lents. La force musculaire est notablement diminuée. Les réflexes rotuliens diminués. La marche est lente et difficile à cause de la diminution de la force musculaire.

Le patient présente un tremblement presque continuel de la tête, nous observons de même des mouvements continuels de la langue, comme s'il était à goûter quelque chose. La sensibilité générale au toucher, à la température et à la douleur est un peu diminuée et retardée. La sensibilité spéciale paraît bonne, mais l'état mental du malade ne permet pas de s'en rendre un compte exact. La langue est chargée, saburrale ; la peau sèche. Les battements du cœur tantôt trop puissants, tantôt trop faibles. Rien à noter du côté des autres organes, excepté les poumons qui paraissent suspects. Le patient mange bien, sans modifier toutefois son état de dénutrition très avancée. Incontinence des matières fécales et de l'urine. Après un séjour à l'hospice sans amélioration bien notable, il est repris par la famille le 19 juin 1895.

Observation III. — La nommée S.-Meh. Bad..., âgée de trente ans, mariée, entre à l'hospice le 17 février 1895.

Etat physique. — La malade est de faible constitution, le système musculaire et osseux peu développés. Les pupilles sont inégales, la droite un peu plus dilatée, elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La malade distingue bien les couleurs. La langue offre des légers tremblements. La parole est claire. Le réflexe pharyngien normal, le réflexe rotulien un peu exagéré. Les membres supérieurs présentent des tremblements très marqués. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux. La sensibilité générale à la douleur et à la température, normale. Le sens musculaire ainsi que les sens spéciaux ne sont pas altérés. Les ovaires sont

douloureux à la pression. La marche est normale. Les autres organes sont sains. La malade avoue des abus alcooliques et nous dit qu'elle aime encore les liqueurs et surtout le kirsch ?

Etat psychique. — L'aspect de la malade est triste, le regard fixe et surtout dirigé en bas. La tête penchée et inclinée vers le thorax, elle ne se meut que provoquée et garde longtemps la même position.

Elle se soumet très docilement à l'examen, sans prononcer aucun mot. Elle répond difficilement aux questions posées, elle paraît réfléchir longtemps à la réponse et c'est seulement après un long intervalle de réflexion et si nous répétons plusieurs fois la demande qu'elle nous répond enfin à la question posée. Les réponses sont très courtes, les plus longues réponses consistent dans une proposition simple. La mémoire est très altérée, autant pour les faits récents qu'anciens. La malade ne se rappelle plus combien d'enfants elle a eu, elle ne sait plus ce qui est arrivé avant son internement à l'hospice. Elle arrive bien difficilement à se rappeler les noms de ses parents et de ses frères. Interrogée sur son âge, elle nous répond, quinze ans. Si elle a encore une sœur ? Elle répond qu'elle a encore une sœur plus petite, nommée Zoé, âgée de dix-huit ans. En lui demandant comment est-il possible que sa sœur Zoé, de dix-huit ans, soit plus petite qu'elle, qui a quinze ans? Elle répond : Ma sœur a dix-huit ans, moi, je n'ai que quinze ans, ma sœur Zoé est plus petite que moi. On voit par cette réponse que le raisonnement est altéré. La malade n'a pas d'hallucinations ni d'illusions. Les sentiments affectifs et de pudeur ne sont pas altérés. Le sommeil est troublé et interrompu par des rêves, mais la malade ne peut pas nous préciser la nature de ses rêves, elle nous dit seulement que quand elle se réveille, il lui semble qu'elle soit tombée de quelque part.

Observation IV. — La nommée St. Lambr. Ghet, âgée de trente-cinq ans, ménagère, entre à l'hospice le 10 mars 1895, ne présentant rien de pathologique du côté physique ; la marche est un peu difficile, ce qui tient à l'état psychique de la malade, comme nous le verrons dans la suite. A noter une légère hypertrophie ganglionnaire dans les régions inguinales. Les autres organes se trouvent à l'état normal.

Etat psychique. — L'attitude de la malade dénote la tristesse, l'abattement et l'anxiété, la figure contractée, le front ridé. Tout dans sa mine exprime l'anxiété et l'inquiétude. Elle se soumet difficilement à l'examen, ayant peur qu'il ne lui arrive quelque chose de mal.

Elle répond très difficilement aux questions, nous devons insister près d'une demi-heure pour avoir une réponse et alors elle ne nous dit qu'un seul mot, après ce mot obtenu, il est même impossible

d'arracher un seul autre mot à la malade, malgré toutes les insistances possibles; ainsi que, nous ne pouvons pas nous rendre compte de l'état de la mémoire, de la perception et du raisonnement de notre malade, ainsi que de ses sentiments ou délires.

La malade se plaint et soupire continuellement, se retire dans un coin ou lieu isolé, se couche par terre et reste ainsi des heures entières. Quand quelqu'un s'approche de la malade, on observe qu'elle est saisie par la peur, l'inquiétude, elle se serre alors contre elle-même comme si quelqu'un la menaçait. Autant on insiste de plus avec les questions et l'examen, autant l'anxiété et l'inquiétude de la malade augmentent, et quand nous nous retirons de notre examen médical, la malade soupire profondément comme soulagée et comme si elle avait échappé à un grand mal.

Observation V. — La nommée Berthe Silberg..., âgée d'environ vingt-six ans, entre à l'hospice le 27 mai 1895.

Antécédents personnels. — A la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle a contractée en 1893, la malade resta atteinte dans ses facultés intellectuelles, puis graduellement s'est installé un état de stupeur avec mutisme, interrompu de temps en temps par des états d'agitations impulsives.

Etat physique. — Constitution faible, les muscles les os et les téguments à l'état normal, peu développés. Les pupilles sont dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La langue n'offre pas de tremblements. La sensibilité générale à la douleur et à la température est légèrement diminuée. La sensibilité spéciale normale. Le pouls petit, filiforme. Les pieds et les mains (extrémités) sont froids, cyanosés. Les ovaires ne sont pas douloureux à la pression. Il n'existe pas de zones hystérogènes. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire dans aucune région Les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

Etat psychique. — La malade se présente avec un air triste et abattu, elle reste des heures entières immobile, la tête appuyée sur la poitrine, les yeux fixés en bas. Elle garde un mutisme absolu, il est impossible de lui arracher un seul mot de sa bouche, malgré toutes les insistances possibles. Il est donc impossible de rien apprendre sur l'état de ses facultés intellectuelles et sur son état moral. Ce mutisme est de temps en temps interrompu par des périodes d'agitation impulsive, quand la malade profère des mots dénués de sens, émet des cris déchirants et frappe de tous les côtés.

Elle refuse absolument le manger, on est forcé de la nourrir à la sonde œsophagienne. Elle fait normalement ses besoins physiologiques et est relativement propre. Elle est presque toujours couchée et dort longtemps. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations ni d'illusions.

Observation VI. — Le nommé Pierre Naftica, laboureur aux champs, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 3 août 1895.

Etat physique. — Le malade est haut de taille, de constitution moyenne. Les pupilles sont dilatées, égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La langue offre des légers tremblements. La parole normale, ne présentant aucune difficulté. Le ré flexe pharyngien est conservé. Il n'y a pas de tremblements aux lèvres, ni de contractions dans les muscles de la face. Les membres supérieurs ne présentent pas de tremblements aux extrémités. La force musculaire est diminuée. Les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs sont augmentés. La marche est bonne. Les réflexes rotuliens exagérés. La sensibilité générale à la douleur est un peu obtuse, le malade ne localise pas bien la place où il a été piqué. La sensibilité spéciale n'offre rien de particulier. Le cœur n'offre rien d'anormal. Le pouls est petit, filiforme, les extrémités et la face sont froides et cyanosées. Le tube digestif n'offre rien de pathologique. A la bouche, les gencives sont congestionnées. et par place ulcérées, les dents présentent un liséré noirâtre. Le foie est augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux à la pression. Les ganglions inguinaux augmentés de volume.

Etat psychique. — Le malade se présente convenablement, humble, modeste, l'air triste, le regard dirigé en bas, les mouvements lents. La perception est bonne, le malade répond de suite à nos questions, mais la réponse ne correspond pas aux questions que nous lui posons. La mémoire est diminuée tant pour les faits récents qu'anciens. Le raisonnement du malade est altéré, il croit être amené ici (à l'hospice) pour expier les péchés et sacrilèges qu'il a commis. L'idéation et l'association des idées sont réduites. Le malade est déprimé, découragé, toujours la tête penchée, inclinée en bas, en faisant des gestes curieux ; il a un délire d'auto-accusation, il s'incrimine d'avoir commis des actes bestiaux, des attentats génitaux sur les animaux, des choses qui ne sont pas permises aux hommes et que Dieu va punir, qu'il est enfin indigne qu'un homme comme lui vive, etc. La volonté est abolie, il ne manifeste aucun désir, rien ne peut le faire sortir de son état de torpeur.

Observation VII. — Le nommé Jean-Tudor Petros..., âgé de vingt-six ans, cordonnier, entre à l'hospice le 18 octobre 1895.

Etat physique. — Le malade est de petite taille, le système musculaire et osseux bien développés, ne présente pas d'asymétrie du crâne ou de la face. Les lobules des oreilles ne sont pas adhérents, les dents régulières bien implantées, la voûte du palais est profonde. Les pupilles sont dilatées, le réflexe lumineux et accommodateur se fait normalement. La figure est congestionnée. Il n'existe pas de troubles moteurs dans les muscles de la face et de la langue.

La parole est bonne, mais toujours lente, il parle en tenant la bouche fermée. Les extrémités des membres supérieurs froides et légèrement cyanosées. Nous observons des légers tremblements en masse des mains. La force musculaire est diminuée. Le réflexe rotulien est normal. La marche n'est aucunement troublée. La sensibilité générale au toucher, à la température et à la douleur est conservée. On observe pourtant que la sensibilité à la douleur est un peu émoussée, le patient supporte facilement les piqûres qu'on lui fait, les localise bien. La sensibilité spéciale conservée dans toutes ses manifestations. Rien d'anormal aux autres viscères et organes. Les ganglions inguinaux sont un peu augmentés de volume.

Etat psychique.— L'attitude et l'expression du malade dénotent la dépression et la tristesse. La perception est gardée. L'association des idées et le jugement sont atteints. La mémoire est altérée. La volonté est en défaut.

Aux interrogations, le malade ne nous répond pas le plus souvent, il ne nous donne que des réponses bien rares, et alors il ne prononce qu'un seul mot et très lentement. Il reste toute la journée couché dans son lit et enveloppé sous sa couverture. On ne reconnaît pas de motifs sérieux à sa tristesse, toutefois il paraît convaincu que ses facultés mentales sont ébranlées. Souvent il pleure, en nous disant qu'il désire sa mère et qu'il ne sait pas où elle est. L'acte médico-légal qui a motivé son internement dans l'hospice, mentionne deux tentatives de suicide, et qu'il s'est laissé aller à commettre des actes impulsifs envers sa mère et d'autres personnes.

Après une année de séjour à l'hospice, un beau jour très agité et sous l'empire d'un délire, en état de *raptus melancolicus*, le malade vole un couteau qui servait à l'atelier de cordonnerie, se cache et s'ampute toute la verge; l'écoulement de sang très abondant et la douleur qu'occasionne cette mutilation, le font crier et avouer au surveillant et à l'interne ce qu'il a fait, sans donner les motifs ou raisons qui l'ont poussé à commettre cet acte.

Observation VIII. — Le nommé Jonita Popp..., âgé de vingt ans, entre à l'hospice le 28 décembre 1895.

Etat physique.— Taille moyenne, les tissus musculaire, osseux et cellulaire sous-cutané peu développés. Les téguments pâles. On observe un léger degré d'asymétrie faciale. La voûte du palais est excavée. Les pupilles sont égales, le réflexe lumineux se produit normalement, le réflexe accommodateur ne se fait pas complètement. Le réflexe pharyngien est diminué. Il n'existe pas de tremblements fibrillaires de la langue et des lèvres. La parole est normale. Il n'y a pas de tremblements aux membres supérieurs. La force musculaire est diminuée. La marche est normale. Le réflexe rotulien est aboli. La sensibilité générale à la douleur et à la tem-

pérature est notablement diminuée. Les sens spéciaux normaux. Il n'y a pas de signes de syphilis. Le foie, le cœur et tous les autres organes de la vie végétative sont normaux. Rien à remarquer du côté des organes génitaux, qu'une conicité du gland, le patient s'étant adonné beaucoup à la masturbation.

Etat psychique. — Le malade paraît très peu inquiet et préoccupé. En imprimant au malade diverses positions, il les garde (*catatonie*) et cela pendant longtemps sans se fatiguer. Ainsi en lui dirigeant la main en haut verticalement ou horizontalement en avant, il garde cette position très longtemps, de même en donnant à sa tête une situation penchée, inclinée à droite ou à gauche, renversée en arrière, il ne change pas cette position. Les traits de la figure sont altérés, le regard est éteint, les mouvements sont lents. Tout son extérieur dénote une dégradation intellectuelle et physique. La perception se fait bien. Quoiqu'il comprenne bien ce qu'on lui demande, il ne répond qu'à la suite des menaces. L'association des idées est bonne, chaque fois que nous arrivons à avoir une réponse de lui, on observe une cohérence entre ses idées. A cause de son mutisme relatif, nous ne pouvons nous faire une idée sur l'état de ses facultés intellectuelles et sur sa mémoire. La mémoire pour le calcul paraît bonne, il est en état de faire des petits calculs, surtout des opérations à un seul chiffre, sans trop de complications. En général, tout travail psychique, toute manifestation intellectuelle est une grande peine pour lui. Une grande paresse intellectuelles le domine. Il paraît tout à fait indifférent au milieu qui l'entoure, et ne manifeste pas le désir de quitter le service. Il n'a pas d'illusions, ni d'hallucinations d'aucun sens spécial ou internes. Il est congédié en 1896.

Le malade est ramené à l'hospice, le 30 juillet 1897, présentant les mêmes symptômes que la première fois, en exceptant pourtant les états catatoniques, qui paraissent cette fois beaucoup moins accentués; les autres symptômes; au contraire, bien plus accentués.

Ainsi, le patient est amené à la suite d'une agitation et désordination extrême, comme il l'avoue lui-même; il cassait les vitres, mangeait des excréments, ne parlait rien. Il est très récalcitrant. Les sentiments affectifs diminués. Questionné s'il désire les siens, il nous répond qu'il ne désire personne. Il est incontinent des matières fécales et de l'urine; très sale; dort bien.

31 *juillet.* — Le malade est dans l'immobilité, dans un état de mutisme absolu; inconscient, très sale; on ne remarque rien de nouveau.

3 *aout.* — Le même état. On n'arrive à avoir un mot de lui que par des menaces.

5. — Il commence à répondre aux questions, quoique avec quelques hésitations; il demande des journaux, qu'il lit en se pro-

menant dans le jardin. Il rit quand nous le questionnons un peu plus longtemps et nous donne des réponses, quoique bien courtes.

15. — Même état. — 5-20 *octobre.* — Il parle plus, n'est plus si retiré, ne reste plus seul.

Observation IX. — La nommée Zili Glassb, âgée de trente ans, ménagère, entre à l'hospice le 5 janvier 1896. Des antécédents de la malade, nous n'apprenons que ce seul fait qui offre quelque intérêt : que la malade a tenté deux fois le suicide en se coupant le cou avec un couteau.

Etat physique.— Constitution faible, les systèmes musculaire osseux et le tissu cellulaire sous-cutané médiocrement développés; elle présente à la région antérieure du cou une cicatrice linéaire, les suites d'une coupure faite avec un instrument tranchant.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes des membres supérieurs et le réflexe rotulien sont normaux; elle n'a pas de tremblements de la langue ou des lèvres, mais elle présente de légers tremblements des doigts. La sensibilité cutanée à la douleur est obtuse. La pression de la région des ovaires est un peu douloureuse. Les battements du cœur sont normaux. un peu diminués et éloignés. Le pouls est petit, presque filiforme.

Etat psychique. — La malade a l'aspect triste, est très abattue, elle reste retirée, ne parle pas, répond avec grande difficulté seulement à quelques questions, surtout à celles qui se rapportent à son état moral; elle nous dit alors : « qu'elle est une pécheresse, une malheureuse, qu'elle regrette de n'être pas morte lorsqu'elle s'est coupé le cou, qu'elle ne doit pas manger, pour plusieurs raisons : 1° pour mourir; 2° parce que son estomac est trop plein d'aliments ». Parfois elle dit qu'elle n'a pas d'estomac, d'autres fois elle demande à lui ouvrir l'estomac pour en extraire des aliments qui y sont en trop grande quantité. Elle a des hallucinations visuelles, elle voit passer devant elle des foudres, des flammes, etc.

L'intelligence n'est pas normale, le raisonnement est altéré par le fait que la malade soutient que, si elle ne mangeait pas, elle vivrait plus longtemps, et que si elle mangeait, nous serions forcés de lui opérer l'estomac pour lui extraire les aliments. La mémoire est bonne : elle se rappelle qu'elle s'est coupé le cou, nous dit le nom de son mari et de ses enfants. L'affection pour ses enfants est exagérée, elle pleure quand on lui en parle et demande qu'on la laisse partir pour voir ses enfants. Elle mange très peu et après de longues insistances. Elle dort bien la nuit et est propre. La malade succombe le 13 mars à la suite de la tuberculose.

Observation X. — La nommée Sophie Tassovici, élève, âgée de dix-huit ans, entre à l'hospice le 26 janvier 1896.

Stigmates physiques. — Une asymétrie faciale : l'arcade zygomatique et l'os malaire du côté droit plus proéminents. Des stries longitudinales sur la face antérieure des dents incisives, qui sont rares. La voûte palatine, ogivale et profonde. Les lobules des oreilles sont pour ainsi dire absents, tellement ils se continuent avec la peau voisine, de même l'hélix qui paraît s'insérer directement à la surface cutanée.

Antécédents personnels. — Intelligente et studieuse, mais d'un caractère irritable, d'après ce que nous écrit la famille; la malade, après avoir terminé les cours de l'école professionnelle de Buc..., ayant à passer l'examen de diplôme, s'est surmenée beaucoup en travaillant et étudiant des nuits entières, continuellement inquiète, pleurant souvent de peur d'échouer à l'examen.

Le 13 août 1895, vers minuit, la malade tombe de son lit, criant : « Je suis un fantôme ! Je suis empoisonnée. » Après trois jours d'agitation, la malade commence à se calmer, mais elle est alors prise de vomissements; la malade était constipée depuis cinq jours.

Jusqu'au 20 septembre, elle mangeait encore, mais à partir de cette époque elle commence à refuser les aliments, et même les médicaments. A partir du 15 janvier 1896, elle ne parle plus, et on observe que la salive s'écoule de sa bouche sur ses habits.

Examen physique. — La patiente est de stature moyenne, de constitution débile; le système osseux bien développé; le système musculaire et le tissu cellulaire sous-cutané un peu moins. La face est couverte de nombreuses pustules d'acné et de comédons. Il n'y a pas trace de lésions externes. Les extrémités thoraciques et abdominales sont froides et cyanosées. La salive s'écoule abondamment et continuellement de ses lèvres, la bouche étant entr'ouverte. Les pupilles sont égales et réagissent lentement à la lumière. Le pouls est petit, déprimé (110 pulsations par minute). Les battements du cœur sont forts et sonores; la respiration superficielle et lente. La sensibilité générale à la douleur est conservée; la malade commence à pleurer quand nous la piquons avec une épingle, et après insistance à nous montrer l'endroit où elle a été piquée, elle dirige lentement sa main vers l'endroit piqué. Les réflexes pharyngien, rotulien et des extenseurs du bras sont exagérés.

L'alimentation se fait difficilement, la malade se montre indifférente et refuse les aliments. Le sommeil est bon. Pas de tremblements de la langue, des lèvres et des doigts.

Examen psychique. — La malade se présente dans une tenue absolument négligée; sale par les aliments et la salive; dans une immobilité absolue; la figure contractée, douloureuse; prête à pleurer; le regard fixé vers un point, *triste*; les sourciliers et orbiculaires contractés; les sillons naso-géniens prononcés; la lèvre supérieure relevée; le corps incliné; les mains pendantes.

La malade est en état de rester des heures entières dans cette position. Elle garde un mutisme absolu malgré toutes nos questions, que nous répétons souvent ; très rarement elle chuchote quelque chose d'incompréhensible, gémit, soupire et est prête à pleurer; les yeux s'humectent. Elle paraît ne pas comprendre, ou au moins comprendre difficilement ce que nous lui disons. La volonté lui manque; cela s'observe surtout quand nous lui commandons d'exécuter un mouvement, qu'elle exécute très tardivement et lentement, et, parfois, pas du tout. La patiente est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, et même pour ses besoins physiologiques si elle n'est pas poussée. Elle ne mange pas; on est forcé de lui introduire les aliments dans la bouche, et encore elle y met de l'opposition.

Le 20 février, nous observons un changement notable. L'expression de la figure est plus variée, plus expressive; quand la malade nous voit, ou quand nous lui adressons la parole, elle commence à sourire et tâche — essaye — de nous répondre, mais si faiblement, et en chuchotant, que nous ne pouvons pas la comprendre. Les extrémités ont commencé à reprendre leur coloration naturelle. Elle ne refuse plus les médicaments et les aliments, et mange seule.

Observation XI. — La nommée Sophie Veiner, ménagère, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hospice le 15 janvier 1896.

Antécédents personnels.— Cinq semaines avant son entrée à l'hospice, la malade rentrant chez elle, de retour de son atelier, trouve la porte de sa maison fermée, mais l'intérieur étant éclairé, elle s'est effrayée; depuis ce moment, son état mental devient anormal, en présentant les symptômes suivants : une agitation toute la nuit; elle accuse les autres filles de l'atelier de l'avoir ensorcelée et qu'elles vont l'empoisonner; elle fait des choses désordonnées; ainsi, vers une heure après minuit, elle commence à blanchir du linge; elle consomme une boîte d'allumettes en essayant d'allumer une bougie; elle court dans la rue. parle sans aucune cohérence, frappe et abîme tout, dit des injures, finalement tombe dans un état de dépression et ne prononce plus aucun mot à haute voix, mais chuchote de temps en temps des mots qu'on entend à peine et qui sont dénués de tout sens.

Etat physique. — La malade est petite de taille, prognathe, les dents sont irrégulièrement implantées, les systèmes musculaire et osseux médiocrement développés, ne présente aucune trace de lésions ou violence. Les pupilles égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes des membres supérieurs et les réflexes rotuliens sont normaux. Il n'est pas possible de constater l'état du réflexe pharyngien, ni si la malade présente des tremblements de la langue et des doigts, la malade s'opposant à cet examen.

La sensibilité cutanée n'est pas normale; on constate une plaque d'anesthésie au bras droit, de même des points anesthésiques sur diverses régions du corps, où la sensibilité à la douleur est exagérée, exemple aux régions mamellaires et ovariennes. Les battements du cœur sont précipités, mais les bruits sont normaux. Rien à noter du côté de la respiration.

Etat psychique. — L'attitude de la malade est très abattue, le faciès exprime la tristesse, la douleur, l'anxiété, la peur; il paraît qu'elle ne trouve pas sa place, elle fuit d'un lit à un autre, d'un coin dans un autre; de sa bouche s'écoule une bave fétide et abondante, que la malade laisse s'écouler involontairement; elle ne s'essuie pas; ainsi que ses vêtements, les draps de son lit sont humides. Il est impossible de juger sur l'état de sa mémoire, de ses idées, de son intelligence et de son raisonnement, la malade gardant un mutisme obstiné à toutes nos questions, sauf quelques chuchotements incompréhensibles.

La visite de ses parents ne lui fait aucune impression, ainsi que celle de son mari, auquel elle tenait beaucoup jadis. La patiente a gardé le sentiment de la pudeur, elle serre les jambes quand nous la découvrons. Le sentiment de la propreté, absent. Incontinence des matières fécales et de l'urine.

Observation XII. — Le nommé Jean Huzum, âgé de trente ans, entre à l'hospice, le 10 mars 1896.

Etat physique. — Le patient, de taille moyenne, de constitution robuste, présente une légère asymétrie faciale, le côté gauche plus développé; la voûte palatine est profonde; pas de trace de violence sur toute l'étendue du corps. Les pupilles sont égales, contractées, réagissent bien à la lumière, à l'accommodation et par réaction sensitive.

Il ne présente aucun signe pathologique nerveux (signe de Romberg, signe de Biernacki, etc., absents). Légers tremblements de la langue et des doigts. La parole courante et normale. La marche est bonne. Le réflexe pharyngien paraît un peu diminué, le réflexe cubital, des extenseurs et fléchisseurs des doigts, le réflexe rotulien sont conservés; de même le réflexe plantaire et crémastérien.

La sensibilité générale au toucher et à la température, conservée; la sensibilité à la douleur est un peu diminuée; le malade ne peut indiquer d'une façon précise l'endroit où on le pique. L'odorat et le goût sont normaux. Les ganglions inguinaux paraissent engorgés de deux côtés, mais pas bien classiques, de la syphilis. Les clavicules et les tibias sont réguliers. Rien de pathologique à noter du côté des viscères et des autres organes.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, convenable; le regard fixe; la figure triste, déprimée; les extrémités

un peu cyanosées. Il se tient toujours à l'écart, et c'est à grand'-peine que nous l'amenons pour l'examiner. Il exécute avec difficulté ce qu'on lui dit et répond difficilement, et seulement après insistance, aux questions qu'on lui pose. Si nous persistons plus longtemps dans notre examen, il se fâche, s'irrite et devient impulsif. On observe pourtant un manque d'énergie et de volonté dans tous ses actes. La mine dénote une peur de tout ce qui l'entoure, et le regard continuellement scrutateur.

La volonté est amoindrie, la perception conservée. L'association des idées et l'idéation sont altérées. Il ne présente aucun délire mélancolique, ni un délire bien systématisé quelconque : de persécution, etc. Il paraît pourtant avoir des hallucinations auditives. L'intelligence et le jugement sont conservés, de même que la mémoire ; la sphère morale, en bon état. L'affectivité, pourtant, est un peu diminuée.

Le malade dort bien sans hypnotiques. Il n'a pas de zoopsies. Il se tient tranquillement et proprement ; mange bien et convenablement. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

ALCOOLISME DE L'ENFANCE ; — INSTABILITÉ MENTALE ; IMBÉCILLITÉ MORALE ;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER.

SOMMAIRE. — *Père, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux. — Mère, quarante-cinq ans, rien à signaler. — Tante paternelle, morte d'apoplexie. — Autre tante paternelle, morte des convulsions de l'enfance. — Frère mort à dix-sept ans de coxalgie, méningite terminale.*

Conception : graves ennuis du père. — Premières convulsions à quatre ans. — Diminution de l'intelligence. — Scoliose. — A douze ans, modification du caractère. — Manies. — Accès de colère. — Perte des sentiments affectifs. — Tentatives de suicide. — Fumait beaucoup en cachette. — Crises hystériformes. — Menaces à l'adrese de ses parents. — Excès de boisson. — Héméralopie.

René O..., né le 20 juillet 1883, est entré à l'Institut médico-pédagogique, le 16 juillet 1896.

ANTÉCÉDENTS (*Renseignements fournis par la mère*). — *Père*, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux, pas de convulsions de l'enfance, démangeaisons de la peau vers quarante ans, pas de rhumatismes, ni de dartres, ni de syphilis, échauffement à vingt et un ans. — Grand-père paternel, mort à soixante-dix-huit ans, d'une entérite, sobre, jamais malade. — Grand'mère paternelle, morte à soixante-seize ans, d'une affection chronique de la poitrine et de diabète. — Oncle paternel, mort d'une cholérine. — Tante paternelle, morte asthmatique. — Autre tante paternelle, morte d'une attaque d'*apoplexie* en un jour. — Autre tante paternelle morte des *convulsions* de l'enfance. — Pas d'aliénés ni de nerveux, ni de bègues, ni de ticqueux dans la famille paternelle.

Mère, quarante-cinq ans, bien portante, n'aurait pas eu de convulsions. — Pas d'autres renseignements sur la famille maternelle.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de seize ans.

Six enfants : 1° une fille de vingt-deux ans, bien portante, un peu nerveuse, mariée, a un enfant de treize mois bien venant; 2° un garçon, mort à dix-sept ans de coxalgie, pas de convulsions, intelligent, aurait eu une *méningite* terminale (?); 3° un garçon, dix-neuf ans, bonne santé, très travailleur, candidat à l'Ecole centrale; 4° une fille, dix-huit ans, bien portante ; 5° notre malade ; 6° un garçon, bien portant, pas de convulsions, apprend convenablement.

Notre malade. — A la *conception*, le père dit « qu'il avait le sang en révolution », ce qui était dû à des ennuis ; la mère était bien portante. — *Grossesse* bonne, mère très impressionnable. — *Accouchement* naturel, à terme, présentation de la tête « il n'y a que pour l'aînée qu'on a eu besoin de fers ». A la *naissance*, l'enfant n'était pas « très fort », pas d'asphyxie. Nourri au sein par la mère. Rien de particulier jusqu'à l'âge de quatre ans.

Vers quatre ou cinq ans, *premières convulsions*, consécutivement diminution de l'intelligence. « Il a toujours été très dur pour apprendre. » N'aurait pas eu d'autres accidents nerveux jusqu'à il y a huit mois. A la suite des convulsions, *bégaiement* très prononcé.

A huit ans, l'enfant a été mis dans une petite pension où il est resté jusqu'en décembre 1895. Puis en sixième au lycée de Versailles. Il apprenait mal, conduite passable, tenue physique défectueuse, avait une épaule qui se nourrissait plus mal que l'autre. On le soumet à une gymnastique spéciale.

Depuis le 1er janvier 1896, le caractère s'est modifié ; l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre, avait des *accès de colère* à la moindre contrariété ; a été traité au bromure (de 1 à 6 grammes par jour) par le docteur Bertrand; refus de suivre le traitement.

Fin janvier 1896, à la suite de reproches faits au collège, violente *crise nerveuse :* le corps s'est raidi, puis l'enfant s'est écrié : « Je vais mourir » ; il ouvrait les yeux démesurément, se penchait en arrière et serait tombé si on ne l'avait pas retenu. Durée, moins d'une minute. La même crise s'est reproduite cinq fois, de janvier à juillet 1896. Le caractère a dès lors continué à empirer, le crises de colère sont devenues plus fréquentes. Une fois, chez sa sœur, qui habite à Paris, il a dit qu'il voulait s'en retourner seul chez ses parents à la campagne. Il descend vivement l'escalier, sa sœur le suit, sur le pont d'Austerlitz, colère violente, crie, a les yeux hagards, veut se jeter sous les roues des voitures, puis dans la Seine, s'accroche au parapet, aux reverbères. La crise a duré une heure et demie. Reconduit chez sa sœur, il s'est évanoui cinq minutes. En revenant à lui, il est tout étonné et demande ce qui vient de se passer. — A diverses reprises, a eu des idées de suicide, mais sans tentatives sérieuses. Le langage de l'enfant devient très grossier; il fait des menaces de mort à tous les membres de sa famille : « Demain, vous ne vous réveillerez pas tous, je vous tuerai cette nuit. » Tantôt, il menace du couteau ou de la canne, tantôt, il veut se frapper lui-même si on ne cède pas à ses caprices.

Les fonctions digestives paraissent se troubler, indigestions avec douleurs de tête, se plaint d'avoir mal aux tempes, reste huit jours sans manger; a des douleurs dans les coudes, les genoux, les pieds, avec fièvre. Cependant le sommeil reste bon, sans cauchemars. Pas d'étourdissements. Se figure que sa sœur lui en veut. Pleure quelquefois avant la crise, quelquefois après. Se plaint d'étouffer « ça part du ventre et ça remonte à la gorge ». Pas de paralysie d'un côté du corps. Pas de période d'incontinence d'urine. Aime beaucoup rester au lit, on ne constate pas d'onanisme. Devient plus instable que jamais, après vingt minutes de travail, ça ne va plus.

On ne sait à quoi attribuer ces accidents. Durant l'année 1895, René s'est mis à fumer avec frénésie, jusqu'à dix cigarettes de suite, il fumait même la pipe. Comme on essaie de l'en empêcher, il s'est mis à chiquer avec passion pendant quinze jours. Voulait toujours se promener seul, sans doute pour fumer plus à l'aise. Aurait fait des excès de boisson, modérés mais réels, était souvent altéré, descendait seul à la cave pour y boire surtout du cidre pur, ne partait jamais à la pêche, qu'il aimait beaucoup, sans emporter avec lui un litre de bière ou de cidre. — Il n'a jamais présenté de tendances pyromaniaques.

Etat à l'entrée. — *Etat physique.* — La physionomie paraît intelligente « futée » ; les cheveux sont châtain foncé, assez bien plantés, quelques épis autour du front; le front est découvert, symé-

trique, arrondi, bosses frontales peu saillantes; le nez est aquilin, bien fait, sans déviation; les sourcils sont bruns, peu fournis; les yeux sont bien ouverts, très fendus, iris marron; les paupières présentent un bourrelet très régulier, teinte bistrée très prononcée autour des paupières; la lèvre supérieure est assez forte, le sillon médian est régulier; la lèvre inférieure est en saillie sur la supérieure; le menton est rond, la bouche moyenne, les pommettes peu saillantes sans coloration précise, le visage est ovale, les oreilles moyennes symétriques; le crâne est ovoïde, régulier; le teint est mat, légèrement hâlé. — Le thorax est bien proportionné, bombé en avant, région pectorale très développée; en arrière le thorax est également très bombé; cet aspect diminue sensiblement quand les bras sont élevés au-dessus de la tête, pas de malformation des omoplates; un peu de dépression entre la pointe des omoplates et le rebord des fausses côtes; à la partie inférieure de la région dorsale, légère convexité à droite; les membres sont symétriques, assez bien faits, un peu grêles; les pieds et les mains n'offrent aucune particularité.

Etat physiologique. — Très grande activité, René aime les jeux violents. Debout et assis, l'enfant a une tendance à pencher en avant le haut du corps; les articulations exécutent passivement et activement les mouvements les plus étendus. — Les fonctions respiratoires et circulatoires paraissent normales; les fonctions digestives ne sont pas régulières; tendance à la constipation, appétit très capricieux. — L'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher sont normaux, vue faible, légère myopie, l'enfant ne distingue rien dans la demi-obscurité (héméralopie); parole normale.

Etat psychologique. — L'intelligence n'est pas celle d'un enfant de son âge au point de vue scolaire. L'écriture est très irrégulière, les lettres ne sont pas liées entre elles, les traits sont durs; l'orthographe est très faible, les mots les plus usuels sont incorrectement écrits et de façons différentes dans le même devoir; connait les quatre règles, mais ne peut faire le moindre problème; les connaissances usuelles sont très limitées, l'enfant ne cherchant même pas à se rendre compte de ce qui l'entoure; aptitudes particulières pour le dessin et la musique. — L'attention et la réflexion sont à peu près impossibles, l'imagination est très bornée; la mémoire en général, est faible, sauf la mémoire auditive qui paraît très développée; jugement très variable : tantôt naïf, tantôt assez juste en apparence; raisonnement peu développé. L'instabilité incoercible qui se manifeste dans toutes les opérations intellectuelles aussi bien que dans tous les autres modes d'activité, paraît être la véritable cause de l'arriération intellectuelle de l'enfant.

Etat instinctif et moral. — René est très gai quand il n'est pas, toutefois, sous l'influence d'un accident nerveux; aime beaucoup

rire, jouer, taquiner ses camarades. Ne reste jamais seul, à moins qu'il ne soit sous le coup d'une crise de colère. — Désordonné, indifférence personnelle à l'égard des objets lui appartenant. — D'une sensibilité exagérée à l'endroit des réprimandes qui déterminent chez lui soit des crises de colères, soit des accès de mélancolie. — Les sentiments affectifs paraissent disparus. — Volonté négative énergique. — Sens moral disparu.

16 *juillet.* — Le jour de son entrée, violente crise de colère quand il a appris qu'on voulait le laisser : il porte, en poussant des cris rauques les deux mains à la tête et se précipite sur un banc en essayant de se cogner la tête. On essaye de le maintenir, il donne des coups de pied de tous les côtés, visant surtout son père ; il se frappe la tête de ses poings, raidit tout le corps, porte le tronc en avant ; la face est congestionnée, les yeux fixes et hagards, les lèvres entr'ouvertes, la salivation abondante ; au bout de deux minutes René se débat (on le maintient toujours), il pleure à chaudes larmes et crie à perdre haleine : « Non, je ne veux pas voir de médecins !... ce sont des charlatans... ils vous font du mal... je ne suis pas malade... qui donc a inventé la médecine ?... qui ?... qui ?... c'était un imbécile celui-là... mais laisse-moi, papa... cré nom d'une pipe, je me sauverai bien ! Ah ! vous voulez me mettre dans une maison de santé !... Vous verrez ce qui vous arrivera... je veux me tuer !... ne me fais pas voir au médecin, car tu sais, tant pis, je frapperai et tu verras... lâche-moi ! Tu ne veux pas me lâcher... un... deux... trois... Ah ! tu me laisses dire trois... tu verras... lâche-moi donc ! » Son père nous quitte et c'est à nous qu'il s'adresse alors : « Lâchez-moi... vous n'avez pas de droits sur moi... je veux m'en aller... au secours, on m'assassine. » On dut le porter jusqu'à la pelouse des jeux. Là, tout en veillant à ce qu'il ne se fasse pas de mal, on le laisse libre de ses mouvements. Il reste un moment étendu sur le gazon, les jambes allongées, les bras en croix, les yeux grands ouverts, fixes ; au bout de cinq minutes, il pleure en croisant les bras sur la figure, se lève, fatigué, se traînant et va s'asseoir sur un banc. Durée totale de la crise de colère : une heure trois quarts.

René ne mange rien à dîner, il est sombre et ne desserre pas les dents. Il se couche sans rien dire. La nuit a été bonne.

17. — René ne mange rien au premier déjeuner ; à midi et le soir, ne prend qu'un peu de potage. Se plaint dans la journée que « l'estomac » lui fait mal ; il paraît avoir des difficultés pour respirer, cela a duré deux minutes et s'est produit à deux reprises.

18. — La nuit a été bonne, bien que l'enfant, en se couchant, se soit encore plaint de douleurs dans l'épigastre. Ne mange pas au premier déjeuner ; mange très peu à midi. Première douche : il faut le déshabiller malgré lui, il se débat, donne des coups de

pied et des coups de poing, injurie grossièrement tout le monde; on ne cède pas. Le soir il n'a pas voulu dîner. Il s'est couché sans difficulté et a bien dormi.

19. — Ne mange pas de la journée, il est resté sombre et taciturne, ne parlant à personne, évitant tout le monde. A la douche se produit la même scène que la veille. A bien dormi la nuit.

20. — Ne mange pas au premier déjeuner, veut écrire à son père à qui il adresse une lettre incohérente et pleine de menaces : « Je te donne jusqu'à jeudi pour venir me chercher, même pas... si tu ne viens pas, gare, etc... » Ces deux phrases sont soulignées plusieurs fois. Se laisse entraîner à jouer un peu du violon, paraît heureux de l'attention qu'on a pour lui, demande qu'on lui promette de le laisser faire de la musique de temps en temps. A midi, il mange très bien. A chaque plat qu'on lui offre il prétend ne pas avoir faim, mais il mange tout de même. A deux heures, il joue du violon tandis qu'un de ses camarades l'accompagne sur le piano. A l'heure des douches, refuse de suivre ses camarades et comme on se dispose à l'entraîner malgré lui, il s'écrie : « Lâchez-moi, j'irai tout seul. » Il entre dans le pavillon des douches, se déshabille et se laisse doucher comme les autres. Il cause même gaiement avec ses camarades.

24. — Crise à la suite d'une invitation à écrire une lettre à ses parents. René se couche par terre, fait semblant de dormir; au bout de quelques minutes, quelques contorsions, puis raideur des membres, surtout à droite ; les dents sont serrées, les lèvres écartées, les yeux fixes et grands ouverts. Durée deux minutes. Rémission de trois minutes, puis nouvelles contorsions pendant une minute, sans raideur consécutive. L'enfant reste couché un quart d'heure sur l'herbe, sans dormir et retourne auprès de ses camarades.

Le 25, à table, petit accès de mélancolie d'une durée de cinq minutes environ.

A partir du 26, l'enfant ne présente aucun accident nerveux et suit régulièrement le traitement suivant : un bain par semaine; une douche par jour; gymnastique; travaux du jardin; travaux scolaires; traitement moral.

A partir du mois d'août l'enfant prend deux douches par jour.

Août. — On a de la peine à obtenir de l'enfant qu'il ne soit pas bruyant en classe : il quitte à chaque instant sa place, interpelle son maître ou ses camarades, taquine ses voisins; on est obligé à chaque moment d'intervenir pour éviter une rixe, prend ce qui lui tombe sous la main pour se défendre. Au jardin, il ne fait rien qui vaille.

Septembre. — Toujours taquin avec ses camarades. S'est mis une fois en colère. En classe se tient tranquille quand on lui fait

une observation, mais recommence aussitôt. Au jardin, s'acquitte assez bien des petits travaux qu'on lui fait faire (brouette, ratissage des allées).

Octobre. — L'enfant ne taquine plus que dans les jeux. Gai et encore bruyant. Travaille bien en classe, à la gymnastique et au jardin.

Novembre. — Pour le récompenser, ses parents le font sortir du 31 octobre au 2 novembre. René s'est très bien comporté et n'a pas causé le moindre ennui; il est rentré sans difficulté. Aurait été témoin, nous dit sa mère, d'un accident de tramway (un petit enfant renversé par les chevaux). René en a été si impressionné qu'il a tremblé durant vingt minutes. Il n'y a pas eu d'autre suite. — Le 20, on constate un peu d'inflammation du prépuce. Onanisme supposé, surveillance spéciale.

Décembre. — Bon mois, pas de colère. — L'inflammation du prépuce a complètement disparu.

1897. *Janvier.* — Il sort huit jours avec ses parents à l'occasion du jour de l'an. A sa rentrée, ses parents nous font des éloges sur sa bonne tenue et sa docilité.

Février. — Un mouvement de colère, le 1er; veut se précipiter sur un de ses camarades qui l'avait contrarié. Regard méchant. A été vite calmé.

Mars. — L'enfant sort à l'occasion du mardi gras; il est resté dix jours dans sa famille; n'a eu ni l'ombre d'une crise, ni la moindre velléité de désobéissance. — Fait docilement et très bien tous les exercices de gymnastique (échelle convexe, échelle horizontale, anneaux, mouvements d'ensemble). — Au jardin, travaille avec goût; tout ce qu'il fait est proprement fait. — En classe, travaille régulièrement, a fait quelques progrès en orthographe, en calcul, a acquis quelques notions élémentaires mais très précises sur la géographie de la France et sur l'histoire de la Révolution. — Son instabilité et son étourderie ont considérablement diminué. — S'est mis avec goût à l'étude du violon où il fait tous les jours des progrès. — Le caractère s'est bien amélioré, l'enfant n'a eu aucun mouvement de colère, bien qu'il ait été plusieurs fois taquiné par un de ses camarades.

Avril. — Le 6, les parents le ramènent chez eux. Les mensurations de la tête à l'entrée et à la sortie n'accusaient qu'une augmentation d'un millimètre. — Poids : à l'entrée, 39,100 ; à la sortie, 47,200. — Taille : à l'entrée, 1,50; à la sortie, 1,54. — Dynamomètre : à l'entrée, D. 24; G. 9; à la sortie, D. 30; G. 25. — Depuis sa sortie, nous avons eu l'occasion de voir René, en décembre 1897; ses parents, que nous rencontrons, nous disent que l'enfant va

très bien, qu'il n'a plus eu de crise, qu'il est en pension à D... où on est très content de lui. — La physionomie de l'enfant est fraîche; en causant avec lui on s'aperçoit que l'enfant est tout à fait calme, et l'affection qu'il nous témoigne nous fait supposer qu'il a conservé un très bon souvenir de son passage à l'Institut médico-pédagogique. — Enfin, en avril 1898, la mère nous dit qu'elle a été très surprise des changements survenus chez René.

Réflexions. — I. Les renseignements concernant l'hérédité sont insuffisants, surtout dans la lignée maternelle. Du côté du père, une tante est morte d'une attaque d'apoplexie. Un frère aurait eu une méningite (?).

II. L'enfant aurait été tout à fait normal jusqu'à quatre ans. Entre quatre et cinq ans sont apparues des *convulsions* suivies d'un affaiblissement de l'intelligence et d'un bégaiement très prononcé. De huit à onze ans, il apprenait mal. A partir de janvier 1896, le caractère s'est modifié : l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre et sujet à des *accès de colère*. A la fin de janvier 1896, il a eu une première crise nerveuse, hystériforme. De là, jusqu'à juillet 1896, il a eu cinq autres crises. Puis, le caractère s'empire, les crises de colère se multiplient. O... menace de se suicider, de tuer les membres de sa famille, sans qu'il y ait une tentative vraiment sérieuse. Le travail intellectuel devient de plus en plus difficile. L'instabilité mentale augmente. Abus du tabac (cigarettes, pipes et chiques), il s'y joint des excès de boissons. C'est pour l'ensemble de ces faits qu'il est placé à l'Institut médico-pédagogique.

III. Durant les premiers jours de son admission, René a eu des crises de colères, a refusé de manger, et adressé des injures à tout le monde. Au bout de plusieurs jours, la période d'excitation s'est progressivement atténuée. L'état mélancolique intermittent a disparu.

IV. Sous l'influence de l'isolement et du traitement médico-pédagogique, ainsi que de la suppression des boissons et du tabac, René est devenu tout à fait calme et raisonnable; les accès de colère ont tout à fait disparu; et il est sorti au bout de dix mois, guéri; nous disons guéri, car, nous avons eu l'occasion de revoir sa mère en avril 1898, c'est-à-dire un an après sa sortie; elle nous a assuré qu'il était redevenu

tout à fait naturel, laborieux, et s'est montrée très satisfaite des résultats obtenus. Les tendances à boire ne se sont pas manifestées de nouveau.

V. Les cas de ce genre ne sont pas rares et appartiennent à l'histoire de l'alcoolisme de l'enfance. Ils peuvent guérir en général assez facilement, à la condition, qu'on ait recourt sans hésitation à l'*isolement* et qu'on applique avec méthode et avec suite le *traitement médico-pédagogique*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. **Paralysie du voile du palais et du facial inférieur droit avec parésie du pneumogastrique et du phrénique dans un cas d'angine diphthérique**; par M. Varnali (de Bucarest). (*Presse médicale*, 13 août 1898.)

Observation d'un cas d'angine diphthérique compliquée de névrite périphérique des nerfs pneumogastriques, phréniques et facial inférieur droit. Les troubles nerveux observés ont consisté en une paralysie complète du voile du palais et des muscles du pharynx ; une parésie du diaphragme s'accompagnant de mouvements ataxiques de ce muscle, et produisant une gêne notable de la respiration; des troubles cardiaques (tachycardie); les signes classiques de la paralysie du facial inférieur droit, et enfin des troubles subjectifs de la sensibilité (sensation de froid, fourmillements). Il est à remarquer que toutes les ramifications du pneumogastrique n'étaient pas envahies par le processus morbide : tandis que les branches actionnant le voile du palais, le pharynx et le cœur étaient atteintes, celles destinées à l'innervation du larynx étaient intactes. Cette dissémination irrégulière des altérations dans les ramifications nerveuses est un des caractères les plus constants des polynévrites. A. Fenayrou.

II. **Un cas de paralysie ascendante aiguë**; par MM. Roger et Josué. (*Presse médicale*, 27 juillet 1898.)

Observation d'un malade atteint de paralysie ascendante aiguë, à l'autopsie duquel des lésions très notables ont été constatées dans

la moelle épinière : altérations d'intensité variable des cellules de la substance grise, particulièrement des cellules des cornes antérieures (noyau moins net et déplacé, parfois même disparu; nucléole refoulé à la périphérie du noyau; chromatolyse plus ou moins accentuée ; disparition du réticulum protoplasmique). Absence de congestion sanguine. Prolifération des cellules névrogliques. Les parties des racines rachidiennes comprises dans les coupes paraissaient normales. Ces lésions, très prononcées au niveau du renflement lombaire, existaient encore, mais moins accusées, dans la moelle cervicale. L'examen bactériologique a permis d'établir que la maladie avait été produite par le pneumocoque. Cette observation est la première dans laquelle ce microbe soit signalé comme l'agent pathogène de la paralysie ascendante aiguë. Elle temps à confirmer l'opinion généralement admise aujourd'hui, mais non encore définitivement établie, d'après laquelle la maladie de Landry serait une poliomyélite suraiguë que peuvent déterminer les agents microbiens les plus variés.

A. Fenayrou.

III. Un cas de paralysie faciale double d'origine bulbaire; par M. Mally. (*Presse médicale*, 27 août 1898.)

MM. Bordier et Frenkel (de Lyon) ont décrit un signe clinique nouveau des paralysies faciales d'origine périphérique. Ce signe consiste essentiellement en ce que le sujet ne peut pas fermer les paupières du côté paralysé, sans dévier en même temps le globe oculaire en haut et légèrement en dehors. Selon M. Mally, ce symptôme ne saurait prendre place à côté de ceux dont l'existence et l'exactitude sont démontrées d'une façon indiscutable. Il résulte, en effet, des recherches de l'auteur, que la révulsion du globe oculaire en haut et en dehors s'observe chez un grand nombre de sujets sains et qu'un certain nombre de paralysés ne présentent pas cette déviation. Au point de vue thérapeutique, M. Mally conseille de s'abstenir de traiter par l'électricité les malades atteints de paralysie faciale grave, c'est-à-dire avec réaction de dégénérescence complète d'emblée. Chez ces sujets, ce mode de traitement est toujours inutile; il peut même être dangereux en favorisant l'apparition des contractures. L'emploi de l'électricité doit être réservé aux cas de paralysie faciale avec réaction partielle de dégénérescence ou sans altération de l'excitabilité électrique. La recherche de l'excitabilité électrique a permis à l'auteur, dans un cas qu'il rapporte, de prévoir l'évolution de la maladie. Il s'agissait d'un homme atteint de paralysie faciale double. Selon les prévisions de M. Mally, une amélioration s'est rapidement produite du côté droit où l'excitabilité électrique était normale, tandis que

la paralysie a persisté, avec peu de tendance à la guérison, du côté gauche où l'on constatait l'existence de la réaction complète de dégénérescence. A. FENAYROU.

IV. L'hypotonie musculaire dans le tabes; par M. FRENKEL, de Heiden (Suisse). (*Presse médicale*, 20 juillet 1898.)

L'auteur étudie sous ce titre un phénomène consistant en ce que, par suite de la diminutton du tonus de certains groupes musculaires, et en dehors des troubles de la coordination, des mouvements anormaux peuvent être exécutés par des tabétiques, ou bien, que l'on peut donner à leurs membres des positions impossibles chez l'homme normal. C'est ainsi, par exemple, que la jambe en extension, qui, dans les conditions normales ne peut être élevée volontairement que dans une mesure très restreinte, est susceptible de subir chez les tabétiques, par suite de l'hypotonie des fléchisseurs de la jambe, une élévation plus considérable, telle, parfois, que ce membre touche la face du malade. M. Frenkel indique le moyen de constater l'hypotonie et d'en mesurer le degré pour une série de groupes de muscles (extenseur de la jambe, adducteurs de la cuisse, muscles des membres supérieurs, musculature du ventre, etc.). En dehors de l'ataxie locomotrice progressive, l'auteur n'a constaté que deux fois ce phénomène; il croit pouvoir affirmer que c'est un symptôme constant et initial du tabes, qui fait son apparition, à peu d'exceptions près, dans la période préataxique et peut servir à diagnostiquer le tabes au début. L'hypotonie musculaire n'est pas nécessairement liée à la mollesse ou à la flaccidité des muscles. L'existence de ce phénomène peut rendre la démarche anormale et il y aurait lieu de rechercher dans le mouvement dit ataxique, ce qui dépend de l'hypotonie musculaire et de l'ataxie proprement dite. Lorsque l'hypotonie est très accentuée, il est possible de la reconnaître chez le malade au repos par suite de l'attitude plus ou moins anormale qu'elle imprime aux membres. L'état pseudo-parétique des muscles hypotoniques pourrait peut-être expliquer certains troubles oculaires (paralysie apparente de certains muscles de l'œil avec intégrité absolue ou à ou à peu près complète de ces mêmes muscles), ou laryngés (paralysie des cordes vocales avec troubles respiratoires et intégrité de la voix), observés chez les tabétiques. Les troubles de la vessie et du rectum chez ces malades sont plutôt de nature hypotonique que parétique; il en est sans doute de même de certains troubles cardiaques ou vasculaires, en particulier de la tachycardie.

La cause de l'hypotonie musculaire est encore indéterminée. On a voulu la trouver dans la diminution des impulsions réflexes qui, venant des racines postérieures, tiennent les cellules motrices

dans un certain degré d'excitation. Mais diverses particularités cliniques tendent à faire rejeter cette hypothèse. A. FENAYROU.

V. Méningite cérébro-spinale épidémique. Quelques cas observés à la clinique du professeur C.-P. Delyannis; par M. D. ASSIMIS (d'Athènes). (*Presse médicale*, 28 mai 1898.)

Relation de quelques cas de méningite cérébro-spinale observés au cours d'une même épidémie. La maladie a revêtu, tantôt la forme comateuse, tantôt la forme syncopale et pétéchiale, d'autres fois, une forme abortive. Dans plusieurs cas, elle a eu une évolution foudroyante. Six malades sur seize ont succombé. Une particularité clinique digne de remarque réside dans ce fait que la présence d'albumine dans les urines a été constatée jusqu'à la mort, dans tous les cas funestes, tandis que ce symptôme a disparu au bout de quelques jours, dans tous les autres cas. L'examen bactériologique de l'exsudat des méninges et du sang de divers organes, pratiqué après l'autopsie de deux sujets, a permis à l'auteur de constater l'existence d'un microbe ayant la forme d'un coccus sphéroïde, tantôt isolé, tantôt groupé en diplocoque, extra-cellulaire, à grains inégaux, ne prenant pas le Gram. M. Assimis a retrouvé ce même agent dans le sang de trois malades pendant leur vie. Ce microbe a pu être cultivé sur pomme de terre et sur bouillon; il s'est montré inoffensif pour la souris et le lapin, même en inoculation intra-péritonéale et intra-pleurale. Il diffère par ces deux points du microbe trouvé par Weischselbaum dans la même affection, lequel ne se cultiverait pas sur pomme de terre et bouillon et serait pathogène pour la souris. A. FENAYROU.

VI. Localisation élective des éruptions cutanées sur le côté intéressé par une affection nerveuse unilatérale d'origine centrale; par M. G. ETIENNE. (*Presse médicale*, 10 septembre 1898.)

L'auteur rapporte plusieurs observations de malades atteints d'affections nerveuses unilatérales d'origine centrale (hémiplégie avec ou sans contractures, sclérose en plaques disséminées à forme hémiplégique, névralgie faciale droite, etc.). Des éruptions cutanées, variables selon les sujets (éruption bulleuse, pustules varioliques ou vaccinales, furoncles, acné, etc.), se sont manifestées ou ont été provoquées à un moment donné, chez ces malades; ces éruptions ont présenté cette particularité, qu'elles se sont localisées du même côté que les troubles nerveux préexistants. M. Etienne rapproche ses observations de celles, publiées récemment par MM. Charmeil et Boulogne, dans lesquelles les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives apparaissant chez des malades atteints d'affections spasmo-paralytiques, ont respecté, complète-

ment ou presque complètement, les téguments des membres paralysés. L'étude de ces faits ne permet pas d'établir avec précision le mécanisme de ces localisations cutanées; il est seulement manifeste que, ni la nature de l'éruption, ni les phénomènes de contracture, ne jouent un rôle dans la détermination de la localisation au membre sain ou malade. A. FENAYROU.

VII. Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème ; par M. BRIQUET (d'Armentières). (*Presse médicale*, 7 septembre 1898.)

La symptomatologie de la maladie du sommeil et celle du myxœdème présentent de nombreux points de ressemblance. L'anéantissement des forces, l'apathie, l'obnubilation de l'intelligence, l'abaissement de la température du corps, la sécheresse de la peau sont des signes communs à ces deux affections. L'assoupissement existe aussi dans la maladie du sommeil comme dans le myxœdème ; il est, seulement, beaucoup plus prononcé dans celle-là que dans celui-ci. Les hydropisies, symptôme important du myxœdème, semblent rares dans la somnose, mais ont été signalées dans certains cas ; un auteur anglais, Clark, donne même à la maladie du sommeil le nom de « sleeping dropsy», hydropisie qui endort. Dans les deux affections, s'observent des troubles menstruels. L'une et l'autre ont une évolution lente avec possibilité de rémissions. On a prétendu que la maladie du sommeil est héréditaire ; cela a été signalé aussi pour le myxœdème. Le fait que la somnose s'observe presque exclusivement chez des sujets d'origine africaine, ne pourrait suffire à établir une différence radicale entre cette affection et le myxœdème, si l'existence d'un lieu de parenté entre les deux affections était bien démontrée. Mais cette démonstration ne sera faite que lorsqu'on aura élucidé la pathogénie, encore très obscure, de la maladie du sommeil.

L'auteur estime que, alors même que de nouvelles recherches permettraient d'affirmer que les deux maladies sont absolument distinctes et que la suppression fonctionnelle du corps thyroïde n'est pour rien dans l'étiologie de la sommose, on est en droit d'espérer qu'on retirera grand profit, dans la maladie du sommeil, du traitement thyroïdien, grâce à son pouvoir accélérateur de la nutrition. A. FENAYROU.

VIII. Un cas de paralysie juvénile avec syphilis héréditaire ; par le Dr SAPORITO.

Le cas rapporté par le Dr Saporito porte à 75 environ les cas aujourd'hui connus de paralysie générale juvénile avérée : il constitue, en outre, le premier apport de l'Italie au bilan clinique de plus en plus riche de la maladie.

Il s'agit d'un syphilitique héréditaire de dix-huit ans, chez qui l'affection a revêtu une forme rapide : en effet, la durée n'a été que de onze mois, y compris la période préparalytique. Les symptômes physiques ont dominé la scène : du côté mental, il n'y eut qu'une simple démence, croissant progressivement du début à la fin de la maladie, sans délire, ou au moins avec pâles conceptions délirantes. Le diagnostic n'en reste pas moins démontré par l'ensemble des symptômes, la marche de la maladie et la description anatomo-pathologique. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. B.

IX. Conditions pathologiques comparables au myxœdème chez le nègre ; par le Dr J. Berkley.

Alors que le myxœdème était considéré, jusqu'à présent comme une maladie inconnue dans la race nègre, l'auteur a pu recueillir chez le nègre huit cas d'épaississement particulier de la peau, ayant la particularité d'être localisé, mais identique sous tous ses aspects, à part le caractère de diffusion, à celui que présentent les observations de crétinisme sporadique chez la race caucasique.

Sur les huit cas, quatre se trouvaient chez des idiots, un chez une femme démente paralytique à la troisième période, un chez un maniaque aigu et deux chez des affaiblis. Chez tous ces malades, l'épaississement de la peau était localisé aux téguments du cuir chevelu et du cou.

Dans deux des cas les cheveux étaient, au niveau des parties myxœdémateuses, gros, clairsemés et rudes.

Les sécrétions de la peau ne paraissaient pas altérées et même, au niveau des zones myxœdémateuses, la peau ne présentait pas cette sécheresse, cette rudesse qui est une des principales caractéristiques de la maladie. Les plis de la peau avaient disparu au niveau des parties atteintes.

Au palper, les parties myxœdémateuses avaient une consistance ferme, non élastique, comme si de la gélatine avait été injectée sous la peau : la pression au doigt ne laissait pas de trace, mais il y avait comme un léger rebondissement quand la pression cessait. Dans sept cas sur huit la glande thyroïde était ou atrophiée ou inférieure à la normale. L'examen du sang ne montra aucune modification de la forme ou du diamètre des globules rouges, altérations que Kraepelin avait trouvées dans le myxœdème.

Les résultats obtenus par l'administration de l'extrait thyroïde ont péremptoirement prouvé que cet épaississement gélatiforme de la peau du cuir chevelu et du cou était de même nature que dans le myxœdème, car sous l'influence de cette médication l'amélioration fut rapide. Non seulement il n'y eut pas d'accident pendant l'administration de l'extrait thyroïdien, mais encore il y eut, chose

intéressante à noter, amélioration de l'état mental. (*American journal of insanity*, janvier 1898.) E. B.

X. Lèpre anesthésique ; par le Dr Hersman.

L'auteur a pu observer un cas de lèpre anesthésique à l'hôpital de Pittsburgh. Un examen des tissus malades lui montra les bacilles de la lèpre. Ces bacilles n'étaient pas réunis en masses denses dans les cellules lépreuses comme on les rencontre dans la lèpre tuberculeuse, mais dispersés, comme on les observe ordinairement dans les formes anesthésiques.

L'observation de ce cas confirme les idées de Hunter sur la lèpre à savoir que cette maladie est purement locale, non héréditaire, à proprement parler, transmissible par inoculation seulement, et causée par un bacille spécifique qui trouve ses conditions d'existence dans le sol. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

XI. Syphilis cérébrale avec lésions étendues des nerfs craniens ; par le Dr Preston.

Intéressante observation de syphilis cérébrale chez un nègre de trente-sept ans.

Les manifestations de l'affection sont multiples : hémiplégie droite et hémianopsie du côté droit, d'origine centrale probablement, avec atteinte du nerf facial droit, du nerf olfactif gauche, du trijumeau gauche et du glosso-pharyngien gauche. Il paraît s'agir là d'une leptoméningite gommeuse, à tendance envahissante, irrégulièrement répartie mais avec prédominance des lésions du côté gauche. (*The Alienist and Neurologist,* janvier 1898.) E. B.

XII. Sur la chorée d'Huntington ; par M. Clarke. (*Brain*, part. LXXVII.)

Héréditaire, frappant les adultes et souvent plusieurs membres d'une famille pour aboutir généralement à l'aliénation mentale, cette chorée a été rarement décrite avec autopsie : 1° J. T..., peintre, cinquante quatre ans, aspect sénile ; une tante et deux oncles paternels morts aliénés, un oncle paternel choréique à cinquante ans avec intermittences d'aliénation, un autre choréique à trente ans, aliéné à trente-trois, tous précocement séniles ; ni alcoolisme, ni syphilis, ni choc, ni trauma ; à quarante-neuf ans, secousses dans le pied droit, puis dans le bras droit, étendues enfin à tous les membres ; depuis six mois diminution de la mémoire, intervalles d'agitation avec incohérence ; extension de la chorée à la face et à la langue s'exagérant pendant les mouvements et cessant pendant le sommeil. Yeux et pupilles indemnes. Sensibilités diverses

et réflexes normaux. Pas de troubles trophiques ni viscéraux, affaiblissement des facultés sans délire.

2° Frère du précédent malade, plus jeune, même aspect, même état, irritabilité, agitation suivie de psychose calme à caractère démentiel, mort de bronchopneumonie. *Autopsie :* lordose lombaire, crâne mince, injection des méninges sans adhérences. Ecorce 1/5 plus mince que normalement, couche granuleuse foncée; couche de petites cellules pyramidales altérée surtout dans la région psychomotrice, cellules rabougries et trop pigmentées; légères extravasations sanguines, prolifération névroglique ; isthme et moelle indemnes.

3° Homme, quarante-six ans (père choréique à trente-neuf ans, mort d'accident à quarante-trois), deux sœurs choréiques avec sénilité précoce, le malade choréique identiquement aux deux cas ci-dessus, même forme, même marche, senium précoce, démence, a une fille athétosique. D'après ces trois cas, ceux de Diller, Suckling, Sinkler, Reynolds, Oppenheim, Dana et ceux de Kroutal et Kalischer, sur un total de 174 personnes appartenant à diverses familles, 38 furent atteintes à un âge moyen de 33,2 ans et moururent à un âge moyen de 41,2 ans. Les hommes sont plus souvent atteints. A l'autopsie on trouve une certaine prolifération névroglique avec épaississement de la paroi des vaisseaux, dégénérescence cellulaire surtout des petites pyramidales de la région psychomotrice, et de la colonne de Clarke. Rapprochant ces données des cas graves de chorée ordinaire avec hypérémie corticale de l'aire motrice quelquefois compliqués de manie, l'auteur pense que des deux côtés la localisation morbide prédominante sur l'aire motrice détermine le syndrome choréique. F. Boissier.

XIII. Des symptômes précoces du tabes dorsal; par W. de Bechterew. (*Centralbl. f. Nervenheilk,* XXI, N. F. IX, 1898.)

Les *réflexes cutanés*, notamment abdominaux et épigastriques, paraissent dans les périodes de début du tabes, notablement exagérés, tandis que les réflexes tendineux, achilléen et patellaire, sont épuisés dès le commencement de l'affection. Cette coïncidence est pathognomonique du stade initial. Elle peut servir à distinguer le tabes du pseudotabes, mais cela demande une observation plus complète. L'*analgésie du cubital* au coude (signe dé Bernatzki) manque fréquemment au début du tabes ; la simple compression de ce nerf avec la main suffit pour s'en rendre compte. Par contre, l'*insensibilité à la pression du sciatique poplité interne* dans le creux poplité, l'articulation du genou étant à demi fléchie, est plus fréquente que l'analgésie du cubital ; on la trouve quelquefois de très bonne heure alors qu'on ne rencontre pas le signe de Bernatzki. L'*insensibilité du muscle à la compression*, entre les doigts,

surtout au mollet, apparaît parfois aussi dès les premières périodes de la maladie, alors que la sensibilité musculaire proprement dite et la sensibilité cutanée ne présentent point de de modifications essentielles. P. Keraval.

XIV. **Myokymie dans un cas de paralysie saturnine**; par O. Buber. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Il s'agit de contractions parfois fugaces, indolentes et sans effet moteur, qui parcourent tous les muscles du corps ; le plus habituellement le malade ne s'en aperçoit qu'à l'occasion de certains actes, celui de se vêtir par exemple, ou bien quand, ce qui arrive de temps à autre, il éprouve des crampes douloureuses, mais généralement les contractions sont de courte durée. Elles courent en rampant soit parmi les fibrilles, soit parmi les gros faisceaux, soit dans toute la masse des muscles épargnés par le plomb, et pour cette raison hantent les membres inférieurs. Tout à coup on voit se produire une bosse dure qui subsiste pendant plusieurs secondes, puis se ramollit sous l'influence de convulsions cloniques répétées s'affaiblissant graduellement. La contraction est-elle exagérée, le malade s'en aperçoit par une douleur. La station debout, l'effort, les coliques augmentent. L'amélioration de la paralysie saturnine coïncide avec une amélioration correspondante du jeu de la contractilité musculaire disséminée. L'examen des muscles atteints par le plomb fournit : — inexcitabilité faradique par action directe ou indirecte ; réaction dégénérative galvanique avec contraction lente des deltoïdes, biceps, extenseurs ; inexcitabilité galvanique des supinateurs et muscles de l'éminence thénar. Dans les deux triceps on trouve une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique directe ou indirecte, avec, par instants, tétanos prolongé. La génération par sauts des accidents myokymiques, leur ressemblance avec les allures des muscles dans le cours de l'atrophie musculaire spinale progressive et de la syringomyélie, et surtout, la rareté de la myokymie dans le saturnisme concordant avec la rareté relative des lésions spinales antérieures dans la paralysie saturnine, permettent de supposer une irritation spinale. P. Keraval.

XV. **Les causes de l'ataxie dans le tabes dorsal**; par Frenkel. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Si l'on s'en tient à l'examen approfondi de tabétiques certains, on dégage les caractères spécifiques de l'ataxie tabétique et l'on peut essayer de chercher une explication complète dans les manifestations cliniques et anatomiques du tabes. C'est ce qu'a fait M. Frenkel sur cent cinquante malades, soit à l'établissement d'Heiden, soit à la clinique de Charcot-Raymond à la Salpêtrière.

Après avoir longuement analysé leurs particularités, il en vient à la théorie qui lui paraît rationnelle.

Deux faits cliniques renversent la théorie centrale d'un centre coordinateur du système nerveux. L'ataxie s'exagère ou apparaît quand elle était passée inaperçue, lorsqu'on fait fermer les yeux au malade, non seulement dans la station verticale, mais aussi dans le décubitus dorsal. Cette influence de la vue ne s'exerce pas dans la maladie de Friedreich et dans les affections cérébelleuses. Le genre et le degré de l'ataxie varient encore selon les circonstances extérieures. La théorie de l'activité anormale des centres psychiques élevés (perversion de la conscience et de l'imagination) est renversée par ce fait que la modification de l'ataxie selon les circonstances extérieures est précisément une adaptation au changement des conditions extérieures.

Théorie de la sensibilité. — L'ataxie est en rapport avec les membres dont la sensibilité est le plus atteinte. Là où existe le plus grand trouble de la sensibilité, existe la plus grande ataxie. Les exceptions ne sont qu'apparentes et s'expliquent par des complications telles que l'hypotonie de quelques groupes musculaires. Mais cette hypotonie, constante dans le tabes, n'influe sur le degré de l'ataxie que lorsqu'elle est assez vive pour permettre d'exagérer l'excursion d'une articulation, par flaccidité de la capsule articulaire. La capacité de la marche s'aggrave quand l'hypotonie est inégalement grande des deux côtés. Une forte ataxie du tronc peut gêner la capacité de la locomotion avant que l'ataxie des jambes n'ait atteint un degré élevé.

La vue sert à renseigner et orienter le malade sur la situation de ses membres avant le début du mouvement, puis sur leur état pendant chaque phase du mouvement ; c'est ainsi qu'il peut dans certaines limites le corriger, tandis que lorsqu'il a les yeux fermés et est atteint de grands troubles de la sensibilité, il ne le peut plus. Quand le trouble de la sensibilité n'est encore que faible, l'exagération de la tension des muscles lui sert d'indicateur, les yeux fermés, et lui fournit des renseignements correcteurs, aussi n'est-il ataxique que pour les mouvements difficiles. C'est en réagissant sur le trouble de la sensibilité du système musculaire et articulaire que le patient est ataxique.

L'amélioration de l'ataxie tabétique n'en prouve point l'origine centrale ; sans doute le réapprentissage de la coordination améliore la sensibilité, mais ce n'est pas constant, et le degré de cette amélioration n'est pas suffisant pour autoriser une telle conclusion. Il n'est pas rare de voir la coordination améliorée, malgré la persistance de troubles sensibles extrêmes ; l'exercice augmente mécaniquement la capacité de réaction des appareils coordinateurs et habitue les appareils centraux régulateurs à se contenter d'un minimum d'impressions sensibles. Pas plus que l'apprentissage

d'un travail de coordination manuelle n'affine chez un homme sain la sensibilité objectivement mesurable, pas plus la rééducation des mouvements coordinateurs perdus de l'ataxique n'améliore nécessairement sa sensibilité. P. KERAVAL.

XVI. Quelques manières de voir relatives à l'étiologie et au traitement du tabes; par F.-A. HOMEN. (*Neurolog Centralbl.*, XVI, 1897.)

L'auteur indique qu'il a suivi et traité 47 malades. Huit n'avaient eu ni chancre mou, ni signes constatables de syphilis, quoique celle-ci fût extrêmement probable chez trois et peut-être chez quatre d'entre eux. Sept avaient eu très probablement des chancres mous. Trente-deux, soit 68 p. 100, étaient *certainement syphilitiques*. Trente et un parmi ceux-ci avaient subi un traitement tout à fait insuffisant pour une syphilis d'ailleurs légère. On constatait en outre des causes adjuvantes telles que le refroidissement et les fatigues. Une seule observation concerne une femme qui fut infectée par son mari peu de temps après son mariage, et encore la nature de la maladie ne fut-elle pas reconnue immédiatement ; le tabes débuta vingt ans après l'infection. — Le meilleur traitement du tabes est la gymnastique passive avec exercices de coordination, la méthode de Frenkel. P. KERAVAL.

XVII. Hyperhidrose unilatérale; par H. TEUSCHER. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Classification et étude critique des hyperhidroses unilatérales de Raymond et Kaiser. Aux hyperhidroses dues à des affections du système nerveux, l'auteur ajoute une observation d'épileptique alcoolique de quarante ans. Aux hyperhidroses réflexes (cl. IV) : *a*) il joint des formes en rapport avec la *dégénérescence mentale* ; ce serait l'hyperhidrose dégénérative par migraine, hystérie, maladie de Basedow, hypochondrie, neurasthenie ; il en rapproche l'éphidrose unilatérale par maladie infectieuse sans autres symptômes du côté du système nerveux ; *b*) il joint encore l'hémidrose d'apparence idiopathique qui n'est pour lui qu'un symptôme de dégénérescence ; observations à l'appui de Berger, Ollivier, Raymond.

Trois observations personnelles sont destinées à montrer que certaines *sueurs unilatérales* jusqu'ici autonomes sont bien en rapport avec la *dégénérescence mentale*. P. KERAVAL.

XVIII. La neurasthénie et le commerce du monde; par M. L.-O. GRANHOLM.

Comme une cause principale de la neurasthénie l'auteur regarde les rapports trop étendus et trop fréquents avec le monde.

L'effet d'une telle vie est stimulant par les sensations et les impressions différentes et multiples. Il s'ensuit un état d'excitation qui se continue encore quelque temps après chaque commerce, et si ceux-là se répètent trop souvent il en résulte une excitation permanente où l'individu perd de plus en plus la domination sur son système nerveux. Conformément à l'effet des autres matières stimulantes il s'établit une nécessité de cette vie inquiétante et l'individu devient incapable d'occupations régulières. Le défaut du repos nécessaire affaiblit la résistance de tout l'organisme. Surtout chez les enfants on peut observer les troubles nerveux d'une vie en commun. Sans que l'enfant ait trop veillé, il est le lendemain nerveux et irrité. On voit que malgré le repos normal de la nuit l'excitation persiste encore. Il va sans dire que la première étape du traitement d'un tel cas doit être de ramener le malade aux habitudes réglées. Il peut être nécessaire d'employer une cure d'isolement. (*Finska Lakaresalls-Kapets Handlingar*, n° 10, octobre 1898, p. CXIX.)

XIX. Contribution à la connaissance de l'ophthalmoplégie externe ;
par le Dr E.-A. Homen.

Après un précis historique des doctrines de l'ophthalmoplégie, l'auteur cite deux cas d'une ophthalmoplégie externe progressive, chronique, d'une pureté rare et sans complications. Ces cas offrent un intérêt encore plus spécial parce que les deux malades étaient jumeaux et par l'opération pratiquée pour améliorer leur état consistant dans une transplantation musculaire.

Les malades, deux hommes, furent inscrits dans le service de l'auteur à la clinique universitaire. Leur âge est de vingt-sept ans ; point de dispositions héréditaires. Avec grande probabilité les parents n'ont pas été syphilitiques, non plus les deux garçons, comme les données de recherches et d'examens minutieux l'ont prouvé. A l'âge de quinze à dix-sept ans, presque simultanément et sans aucune cause connue ou acceptable, on a remarqué chez tous les deux une diminution dans la capacité de lever les paupières supérieures qui commençaient à pendre. Bientôt on observa encore une diminution de la motilité des globes des yeux. Depuis ce temps l'affection paralytique des muscles oculaires a augmenté progressivement jusqu'au degré présent, sans que les malades aient jamais vu des images doubles.

Chez l'un, les paupières supérieures étaient pendantes à peu près au même degré des deux côtés ; l'ouverture était de 4 à 5 mm. En ridant encore plus le front elle arrive à 7 mm. environ. La motilité des bulbes des yeux est aussi très réduite ; le malade n'est capable de les remuer de côté que tant que le bord cornéo-scléral se rapproche et s'éloigne de a commissure exté-

rieure à 1 à 2 mm ; vers le haut et le bas la motilité est encore inférieure.

Chez l'autre frère la paupière droite est un peu moins pendante, mais la gauche davantage. La motilité des bulbes, surtout du côté droit est un peu plus grande que chez le frère.

L'accommodation est chez tous les deux normale ; aussi aucune insuffisance dans la réaction pupillaire pour la lumière et la convergence n'est observable. Surtout chez le premier malade il y avait une légère parésie du nerf facial, spécialement de sa première et deuxième ramification du côté droit. Les autres nerfs craniens sont intacts. Aucun trouble non plus dans l'intelligence, les autres organes des sens, la motilité, la sensibilité, les actions réflexes ou dans les organes intérieurs.

Comme traitement, on a employé l'iodure de potassium et l'électricité. On a aussi traité le premier cas par frictions mercurielles mais sans aucun effet.

N'ayant obtenu qu'une amélioration très minime par le traitement, on a pratiqué une transplantation musculaire afin d'augmenter la motilité des paupières. L'opération fut exécutée sur la demande de l'auteur par le Dr A. Forselles, d'après une méthode inventée par lui-même. Premièrement, on a opéré l'œil gauche du second malade, puis le même œil du premier. L'opération fut pratiquée en détachant le bout périphérique du muscle releveur de la paupière et en le fixant par des sutures de catgut au muscle frontal.

Dans le cas premièrement opéré, on a obtenu une guérison primaire et le malade peut maintenant lever sa paupière jusqu'à environ un centimètre. Dans le second cas le résultat fut troublé par une infection de la plaie.

Vu le commencement lent de la maladie, sa progression continuelle presque égale des deux côtés, sans images doubles, et enfin vu le fait que les muscles oculaires intérieurs sont intacts, l'auteur regarde l'affection comme une ophthalmoplégie de nature nucléaire, qui pendant dix ans s'est tenue dans une pureté exceptionnelle, à part la participation légère du nerf facial, surtout ses deux branches supérieures du côté droit, dans le premier cas. Le fait que les malades étaient jumeaux et que la maladie avait commencé simultanément et de la même manière sans cause connue, et qu'elle a pris une marche tout à fait égale, rend probable la supposition d'une affection congénitale ou héréditaire.

Le résultat de l'opération, une transplantation tendineuse ou musculaire, prouve qu'elle est bien exécutable et mérite d'être pratiquée dans les cas où le ptosis a atteint un très haut degré. (*Finska Lækaresællskapets Handlingar*, n° 10, octobre 1898, p. CXIV.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **Du délire psychique post-opératoire**; par le Dr Picqué.

En examinant l'historique de la question, on voit, d'une part, les psychologues et les médecins tendre, avec plus ou moins de parti pris, à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire, dans la production des divers délires ; d'autre part, les gynécologistes admettent une relation étroite et abusive entre les psychoses et les opérations qui portent sur la sphère génitale ; enfin on voit les chirurgiens généraux borner leur étude aux délires qui suivent de près l'intervention chirurgicale, et constituer un groupe trop restreint de psychoses post-opératoires.

Sous la dénomination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme ou l'origine réelle de ce trouble psychique.

Lorsqu'après une opération un malade délire, il faut, pour rechercher la cause de ce délire, envisager :

1° Les délires d'origine médicale, dépendant d'une affection antérieure du malade (les centres nerveux exceptés) : 2° le délire toxique, dont le type est fourni par le délire alcoolique ; 3° les délires par intoxication médicamenteuse (chloroforme et iodoforme) ; 4° les délires dus à une intoxication septicémique ; 5° le délire psychique proprement dit, ou mieux psychose post-opératoire véritable qui survient sans fièvre chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués.

Les diverses variétés du délire d'intoxication ou faux délires post-opératoires sont faciles à reconnaître ; ce sont ou des états transitoires d'excitation, ou plus rarement de dépression ; tantôt le délire qui en est l'expression est systématisé (délire alcoolique), tantôt il est incohérent et confus. Dans la psychose post-opératoire vraie, on retrouve encore les états d'excitation qui caractérisaient les formes précédentes, mais on trouve, d'autre part, des états dépressifs qui lui sont propres et qui, contrairement aux précédents, semblent porter plus facilement à la chronicité. Les états d'excitation sont caractérisés surtout par des formes maniaques avec ou sans délire, pouvant être engendrées par toutes les opérations chirurgicales, même les plus simples, et survenant généralement dans les premiers jours qui suivent l'opération. Contraire-

ment aux états d'excitation, les formes mélancoliques ou anxieuses ne s'observent généralement qu'à la suite de certaines opérations déprimantes, amputations, castration, taille hypogastrique, établissement d'anus contre nature.

Ces états dépressifs surviennent parfois peu de jours après l'opération ; le plus souvent, ils ne se montrent que tardivement, alors que le malade a été perdu de vue ; ce n'est plus le chirurgien qui les observe, comme dans les cas d'excitation, mais bien le médecin aliéniste, à l'asile. Ces états dépressifs s'accompagnent souvent de tendance au suicide.

A côté de ces états d'excitation et de dépression, il existe une forme spéciale de délire qui ne s'observe que dans une catégorie toute particulière de malades. Ce sont des aliénés anciens, atteints de folie morale, et qui ne sont pas internés par ce fait que leur délire paraît logique et qu'ils raisonnent fort bien. Ce sont les persécutés persécuteurs que les chirurgiens doivent connaître et reconnaître pour ne jamais pratiquer chez eux que la chirurgie d'urgence. En effet, leur maladie d'abord, leur opération ensuite, deviennent un aliment nouveau à leur délire; ils y concentrent toutes leurs pensées ; la moindre sensibilité de cicatrice devient pour eux l'occasion de délires graves qui les amènent à l'asile. L'opération n'a constitué qu'un épisode dans leur histoire pathologique. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. Blin.

II. L'hérédité comme facteur dans l'étiologie de la folie ; par le Dr Putnam Stearns.

Dans ses travaux sur l'hérédité, Weismann suppose qu'à une certaine phase du processus de l'évolution les cellules se divisent en deux variétés : d'une part, les cellules, de reproduction, auxquelles est dévolue la préservation de l'espèce et les cellules somatiques, auxquelles incombent la préservation de l'organisme et l'accomplissement de ses fonctions.

Si la cellule-germe détermine primitivement le caractère des colonies variées de cellules somatiques, ces cellules somatiques n'auraient que bien peu d'influence sur la cellule-germe, en sorte que les diverses modifications qu'elles subissent du fait du milieu ou des influences variées ne pourraient se transmettre au futur organisme.

L'auteur s'élève contre cette division trop tranchée et montre par divers exemples, que les causes extérieures agissant sur les cellules somatiques, en particulier sur le cerveau, non seulement peuvent, mais doivent se répercuter sur la cellule germe et modifier son caractère.

L'hérédité paraît reposer sur ce fait que la cellule-germe possède dans sa structure compliquée un grand nombre d'éléments

qui constituent les représentants du futur organisme, non seulement dans ses parties physiques, mais encore quelques caractéristiques de ses mouvements organiques aussi bien que de ses qualités intellectuelles.

Il est probable que les connexions entre l'écorce cérébrale et les ovaires sont plus ou moins intimes suivant les personnes, les familles, les races, et c'est ce qui explique que quelques personnes ou familles sont plus aptes que d'autres à transmettre les caractères de la famille et de la race ; c'est ce qui explique aussi la disparition ou l'atténuation possible chez le descendant d'un caractère pathologique acquis chez l'un des parents. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

III. **Rapport préliminaire, clinique et pathologique, sur un cas de démence progressive** ; par les Drs K. Mills et A. Schively.

L'histoire clinique de la malade était la suivante : femme de soixante-quatre ans, toujours nerveuse ; crise de manie après la naissance de son premier enfant ; à vingt-trois ans, une crise de chorée ; vers cinquante-quatre ans, elle devient sujette à des périodes d'excitation avec idées vagues de persécution ; elle ressent de violents maux de tête toujours localisés à la région pariétale droite ; peu à peu sa mémoire s'affaiblit en même temps que surviennent des vertiges et que son intelligence baisse ; quelque temps avant sa mort elle en était arrivée à un véritable état de démence. A l'autopsie on trouve la dure-mère épaissie, la pie-mère et l'arachnoïde opaques ; les vaisseaux de la base sont athéromateux.

L'examen microscopique montre les modifications pathologiques suivantes : les particules chromophiles des corps cellulaires et des noyaux sont inégalement répartis ; leur disparition par endroits donne au corps cellulaire une apparence vacuolaire. Les dendrites basilaires présentent sur leur parcours des dilatations moniliformes ou présentent des extrémités en forme de massue. Le dendrite du sommet est rugueux et déformé dans son contour ; le cylindre-axe est intact ; les grandes cellules pyramidales sont les plus atteintes.

Les vaisseaux présentent des altérations de leurs parois.

Il existe en même temps plusieurs zones de ramollissement au niveau de la région pariétale droite. Enfin les fibres à myéline sont altérées à divers degrés dans la région pariétale, dans le chiasma, la protubérance et la moelle. Dix figures hors texte reproduisent ces diverses lésions. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.)

E. B.

INAUGURATION

DU

MONUMENT DE J.-M. CHARCOT

(4 DÉCEMBRE 1898.)

C'est par un temps brumeux, froid, humide, que le dimanche 4 décembre, à 10 heures du matin, a eu lieu devant la Salpêtrière l'inauguration du monument élevé à la mémoire de notre illustre Maître, **Charcot**.

Malgré ces mauvaises conditions climatériques, une foule nombreuse et choisie entourait l'estrade et la statue voilée, œuvre de Falguière.

M. Leygues, ministre de l'Instruction publique, présidait la cérémonie, assisté de M. Lockroy, ministre de la Marine; de M. de Selves, préfet de la Seine; de M. Navarre, président du Conseil municipal de Paris. M. le Président de la République s'était fait représenter par le commandant Meaux Saint-Mars; l'Institut avait délégué MM. Bertrand, Guyon, Lannelongue; l'Académie de médecine, son président, le professeur Jaccoud, son secrétaire perpétuel et MM. Bergeron, Empis, Hervieux, etc.; M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique. Nous devons encore signaler la présence de M. le professeur Chauveau, du professeur Lépine (de Lyon), du professeur Grasset et du professeur agrégé Rauzier, venus exprès de Montpellier pour assister à la cérémonie. Le personnel médical et administratif de l'hospice de la Salpêtrière et un petit groupe de surveillants, de surveillantes et d'infirmières, enfin, pour employer les expressions de notre ami Laborde, tout un parterre de dames, parmi lesquelles nous avons reconnu Mmes Paul Brouardel, F. Raymond, Goujon, Déjerine-Klumpke. Nous renonçons à énumérer, crainte d'erreur, les notabilités politiques et scientifiques qui ont tenu à porter au Maître un hommage posthume et à assister à son apothéose.

La famille de Charcot était représentée par son fils, le Dr Jean Charcot et sa fille, Mme A. Edwards; par son frère, M. Martin Charcot; son autre frère, le commandant Charcot, étant empêché par une grave maladie, enfin par Mme Jean Charcot et M. A. Edwards.

La doyen de la Faculté, M. Brouardel, a remis à la Ville de Paris le monument de celui qu'il considère comme une gloire nationale.


CHARCOT
SES ÉLÈVES-SES-AMIS
1898

Ce mot de gloire nationale que M. Brouardel a appliqué à Charcot avec un noble sentiment de fierté, nous allions dire d'égoïsme patriotique, ne suffit pas, selon nous, à son mérite; il fut plus qu'une gloire nationale, tous les peuples civilisés réclament une place à l'apothéose de pareils hommes de science qui sont l'honneur de l'humanité entière. Et ceci est d'autant plus vrai pour Charcot que la souscription de son monument a été couverte à moitié par des élèves ou des amis étrangers.

Néanmoins, M. Brouardel a eu raison de revendiquer pour la France, pour Paris, pour la Faculté de médecine, la gloire de Charcot, les savants de cette envergure sont trop rares pour que l'on n'en soit pas jaloux et l'on n'a pas tous les jours l'occasion d'inaugurer la statue d'un véritable grand homme, en cette époque de médiocres où la notoriété suffit à perpétuer des visages qui n'ont guère valu plus que leur bronze.

M. le Dr NAVARRE, au nom de Paris, a accepté le monument. M. le professeur RAYMOND, qui a brillamment succédé à Charcot dans son enseignement clinique à la Salpêtrière, et M. le professeur CORNIL, un de ses premiers élèves et collaborateure, son second interne à la Salpêtrière, ont fait successivement l'éloge du Maître.

M. le ministre LEYGUES a clos la série des discours. En montrant le visage grave et expressif du grand neurologiste, M. Leygues a trouvé le mot juste pour caractériser Charcot : c'est le visage d'un apôtre et d'un apôtre de la Vérité. La statue de Charcot se dresse majestueusement à gauche de l'entrée de la Salpêtrière, non loin de celle de Pinel, cet autre apôtre de la science et de l'humanité. Une place reste vacante à droite ; ce n'est pas, hélas ! nous qui verrons surgir dans la science médicale, celui qui sera capable de servir de pendant à Charcot.

A la fin de la cérémonie, M. Leygues, aux acclamations des assistants, a remis la croix de la Légion d'honneur a notre excellent ami et collaborateur, M. le Dr Gombault.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Clinique des maladies du système nerveux ;* par le professeur RAYMOND (3e série). Doin, éditeur.

Le professeur Raymond fait paraître la troisième série de ses leçons cliniques, professées pendant l'année scolaire 1897-1898. Les

premières leçons sont consacrées à l'étude des tumeurs de l'ancéphale. Trois faits de tumeur de la zone rolandique ; un cas de tumeur de la base du crâne comprimant à gauche la racine sensitive du trijumeau, sa branche motrice, le moteur oculaire commun, le pathétique, et les nerfs optiques ; un cas de tumeur du cervelet avec hémiplégie flasque et amyotrophie ; un cas de tumeur du cervelet avec triade complète et paralysie double de la sixième paire ; un cas de tumeur du cervelet avec perte totale de la vue et de l'ouïe ; un cas de tumeur du centre ovale avec des périodes d'évolution, l'un à forme cérébelleuse, l'autre simulant l'hémiplégie avec hémianesthésie ; un cas de tumeur de la protubérance avec paralysie alterne : paralysie des sixième et septière paires d'un côté, hémiplégie de l'autre ; un second cas de paralysie alterne avec paralysie des sixième, septième et douzième paire à droite, hémiplégie et hémianesthésie à gauche servant de bases à l'étude complète et raisonnée du diagnostic des tumeurs cérébrales. La plupart des observations ci-dessus sont suivies des résultats de l'autopsie avec renseignements précis sur le siège et la nature de la lésion.

Ce chapitre diagnostic constitue une véritable synthèse des leçons précédentes. Le siège de la tumeur, l'âge du malade peuvent servir d'indice pour la nature de la tumeur. Pratiquement, il importe de faire un diagnostic précoce. Certains symptômes s'observent avec des tumeurs encéphaliques de n'importe quel siège. La céphalalgie tenace et violente, continue et exacerbante, constitue la manifestation la plus fréquente et la plus fréquente des tumeurs cérébrales ; les vomissements ressemblent plutôt à de simples régurgitations et sont sans relations fixes avec l'alimentation ; les attaques convulsives sont sans caractères fixes, partielles ou généralisées mais toujours il faut se défier de ces attaques convulsives qui, simulant les attaques de l'épilepsie vulgaire, surviennent sans cause apparente chez une personne plus ou moins avancée en âge et ayant en tout cas dépassé la trentaine. Les facultés intellectuelles vont en s'affaiblissant. L'œdème de la papille, facilement reconnaissable à l'ophthalmoscope, s'observe environ dans 90 p. 100 des cas. Ces symptômes permettent de faire le diagnostic de tumeur encéphalique.

Mais tel quel, ce diagnostic est insuffisant. Le clinicien doit préciser le siège du mal ; alors seulement le chirurgien pourra aller à sa recherche et essayer la seule thérapeutique possible : l'ablation du néoplasme. Ce diagnostic topographique repose sur les localisations cérébrales, dont il nécessite la connaissance approfondie. Nous ne suivrons pas le savant professeur dans cette étude si complète et si nette, où il passe en revue successivement chaque lobe et chaque circonvolution cérébrale, chaque fonction du cerveau. Si beaucoup de localisations sont nettes et précises, d'autres

malheureusement sont encore bien indécises et soumises à la discussion.

La maladie de Friedreich est une maladie essentiellement familiale. Le professeur Raymond présente d'abord un cas typique, complet, de cette affection. Quatre autres malades présentent une forme fruste de cette maladie où l'incoordination motrice constitue le seul symptôme constant. Nosographiquement « elle se place en quelque sorte au centre d'un trépied dont les trois angles seraient occupés par le tabes dorsalis, par la sclérose en plaques, par l'ataxie cérébelleuse ». C'est donc avec ces trois affections qu'il faut s'efforcer de faire le diagnostic ; c'est ce que le professeur Raymond, avec sa précision et sa netteté habitnelles, établit en tableaux parallèles.

Quelles sont les relations de la maladie de Friedreich avec le tabes de Duchenne ? Que faut-il penser du tabes héréditaire ? A ces questions sont consacrées les leçons suivantes. Un père est atteint de tabes dorsal classique ; le fils présente une affection hybride qui emprunte ses traits à la fois au tabes vulgaire et à la maladie de Friedreich. S'agit-il ici d'un tabes infantile ? Mais le tabes infantile est fort rare et ne diffère en rien cliniquement du tabes de l'adulte. L'hérédité directe du tabes est aussi exceptionnellement rare, et alors le tabes ne revêt pas de caractères particuliers, insolites. Le fils ici n'a hérité que d'une tare neuropathique générale, et non du tabes paternel. Son cas est un hybride.

L'atrophie héréditaire de la papille est une affection héréditaire et familiale encore peu connue. Le professeur Raymond a pu en montrer à ses auditeurs quatre cas, et présenter une cinquième observation. Suivent deux leçons sur la maladie de Little, et deux leçons consacrées à la sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire. Ces deux leçons ont déjà été analysées dans ces *Archives* (1897, II).

A propos d'un cas d'hémisection traumatique de la moelle, le professeur expose magistralement, au point de vue de la physiologie, de la médecine légale et de la clinique, le syndrome de Brown-Séquard (Anal. in *Archives de Neurologie*, 1898). Fait intéressant bien mis en lumière, et qui semble contraire aux idées reçues, les suites d'une hémisection traumatique de la moelle ont une tendance à s'améliorer progressivement jusqu'à disparaître dans bien des cas.

La leçon suivante est consacrée à l'étude d'un malade qui, devenu syphilitique en septembre 1894, présenta une paralysie syphilitique avec dissociation syringomyélique de la sensibilité en avril 1895 et vit se développer ensuite une maladie de Thomsen. La syphilis n'a pas agi comme cause directe, mais en accentuant la fragilité native qui faisait des muscles et du système nerveux de cet homme un *locus minoris resistentiæ*.

Chez une femme, une intoxication de nature indéterminée, peut-être l'infection tuberculeuse, a déterminé une monoplégie du membre inférieur droit par paralysie radiculaire, avec un érythème polymorphe. A une seconde étape de la maladie, la paralysie envahit le membre inférieur gauche, les sphincters se prennent et l'autopsie révèle une tuberculose infiltrée des nerfs de la queue de cheval.

La diplégie faciale est rare. M. Raymond a pu en présenter à ses élèves un cas où la maladie a évolué en deux temps. D'origine périphérique, elle s'est développée sous l'influence commune du froid et d'une infection indéterminée, ainsi que le zona qui a accompagné son apparition.

Un cas de polynévrite subaiguë est une occasion pour le professeur Raymond d'établir le diagnostic d'avec la polimyélite, diagnostic souvent délicat et toujours si important ; cette polynévrite était intéressante en outre par sa marche extensive qui la rapprochait de la maladie de Landry, syndrome clinique plutôt qu'entité morbide. L'autopsie a montré une polynévrite avec transformation scléreuse, véritable névrite interstitielle hypertrophique, et lésions cellulaires sur toute la hauteur de la moelle.

La névrite apoplectiforme ne mérite pas d'être élevée au rang de modalité spéciale. La seule autopsie où la cause fut un épanchement sanguin est celle de M. Dejérine. Le seul caractère commun des cas publiés est leur début brusque.

La sclérodermie appartient à la pathologie nerveuse. Elle rentre dans le cadre des affections névrotrophiques. L'association avec la maladie de Basedow pourrait faire soupçonner un rôle pathogénique de la glande thyroïde. Enfin le volume se termine par l'étude de deux cas d'hystérie mâle. Le premier malade présente une monoplégie du bras avec névrite traumatique du cubital et du médian ; le second une monoplégie inférieure d'origine traumatique.

Cette analyse rapide montre l'importance de ces leçons qui touchent les points les plus divers de la neuropathologie. Ecrites dans un style clair et précis, elles sont dignes de leurs devancières et dignes de l'Ecole de la Salpêtrière. MIRAILLÉ.

II. *Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux;* par GILLES DE LA TOURETTE. Plon et Nourrit, éditeurs.

Ces *leçons de clinique thérapeutique* portent comme tous les ouvrages du même auteur, le cachet de son maître Charcot dont M. Gilles de la Tourette, élève fidèle et reconnaissant, a toujours su, même dans ses créations les plus personnelles, suivre l'inspiration et la méthode.

Les leçons actuelles présentent un intérêt tout particulier, car elles

montrent que, si, dans les affections du système nerveux le traitement est souvent ingrat, il y a des cas pourtant, où une thérapeutique bien menée peut déterminer sinon une guérison absolue, tout au moins un soulagement et une amélioration qui peuvent quelquefois même être considérés comme un équivalent de guérison.

Presque aussi important que le traitement est le pronostic, mais, pour l'un comme pour l'autre il faut d'abord un diagnostic; aussi, l'auteur établira-t-il longuement, pour toutes les affections dont il s'occupera dans ce volume, un aperçu clinique et diagnostique où nous rencontrerons fréquemment des opinions, résultats d'observations toute personnelles.

Première leçon. *Diagnostic et pronostic de l'hémorrhagie cérébrale et des états apoplectiformes. Traitement des hémiplégiques.*— L'auteur commence par un exposé détaillé de l'étiologie et de la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale où nous notons des recherches inédites sur la structure des artères cérébrales, suivi d'un tableau clinique de l'attaque d'apoplexie. Le pronostic se fera surtout par l'emploi judicieux du thermomètre préconisé par Bourneville, puis par la recherche d'éléments d'appréciation tels que la contracture précoce, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, le décubitus acutus, tous symptômes alarmants.

L'auteur insiste ensuite sur le diagnostic différentiel des états apoplectiques ou comateux qui peuvent simuler l'ictus de l'hémorrhagie cérébrale et divise ces états apoplectiques en : 1° état apoplectique lié à une lésion organique des centres nerveux; 2° état apoplectique sous la dépendance d'un simple trouble fonctionnel ou d'une maladie générale, intoxication ou autre dont la localisation principale se fait sur le système nerveux central. Parmi les premiers, les néoplasmes intra-craniens où la marche de la température peut être la même que dans l'hémorrhagie cérébrale, mais qui sont différenciés par les antécédents, les symptômes prémonitoires, les localisations précoces; les traumatismes craniens où la température, comme d'ailleurs dans l'épilepsie, pourra régler le pronostic, mais dont les signes différentiels sont nombreux. Dans les seconds qu'il vaut mieux désigner sous le nom d'états comateux, nous trouvons au contraire un abaissement de température dont la chute aggrave le pronostic. Parmi ceux-ci, l'intoxication alcoolique qui peut se présenter sous la forme de délirium tremens ou sous celle d'ivresse; l'intoxication par l'opium avec les pupilles reserrées, le pouls petit, les vomissements; l'intoxication par la digitale, l'aconit, la jusquiame et la belladone caractérisées par l'état du cœur et, pour la dernière, la dilatation permanente des pupilles; surtout le coma urémique ou diabétique, question qui sera généralement tranchée par l'examen des urines; enfin l'attaque

hystérique à forme apoplectique ou comateuse où, dans l'absence d'antécédents nets, la situation sera éclaircie par une température normale, le frémissement vibratoire des paupières qui ne fera presque jamais défaut et souvent la présence d'une zone hystérogène.

Après l'attaque d'apoplexie, due à l'hémorrhagie cérébrale, surviendra en général si le malade ne succombe pas, l'hémiplégie qu'il sera important de pouvoir localiser si possible avant son apparition complète. Celle-ci sera bénigne et transitoire si les réflexes au bout de quelques jours restent normaux, très grave s'ils sont abolis, définitive si vers le cinquième ou sixième jour ils sont exagérés. L'auteur, dans l'étude de l'hémiplégie, insiste tout particulièrement sur l'arthrite scapulo-humérale qui se développe presque toujours, sinon toujours, dans l'hémiplégie abandonnée à elle-même; cet accident est très douloureux, et plus encore que la contracture met obstacle tout au moins aux mouvements provoqués. Cette arthrite est due simplement à l'immobilisation et entraîne une atrophie musculaire dans le territoire trophique de l'articulation lésée [1].

Le traitement prophylactique de l'hémorrhagie cérébrale aura surtout pour but d'empêcher un excès de pression dans les artères lésées; éviter le travail intellectuel, les émotions, les grands écarts de température, les excès de toute nature. Quant à l'accident lui-même, s'il n'y a pas de traitement véritablement efficace, bien que l'on puisse toujours essayer d'abaisser la pression artérielle par les frictions, une saignée, des purgatifs, il y aura en tous les cas des précautions consécutives à prendre, comme de surveiller la vessie, d'empêcher l'infection de la cavité buccale et secondairement des poumons, d'alimenter le malade dès que cela sera possible. Quant à l'hémiplégie, en l'absence de traitement curatif, on pourra cependant diminuer jusqu'à un certain point l'intensité de la paralysie et de la contracture, et éviter complètement l'arthrite si douloureuse et l'atrophie presque obligatoire qui l'accompagne par la mobilisation précoce et par un massage léger; quant à l'électricité si on l'autorise il ne faudra toujours l'appliquer qu'avec les plus grands ménagements. Enfin, il faudra chercher par des exercices répétés à reéduquer si possible les mouvements et au besoin l'aphasie, besogne toujours longue, minutieuse et souvent ingrate.

Deuxième leçon. *Les états neurasthéniques et leur traitement.* — Il faut avant tout faire la différence entre l'état neurasthénique vrai et celui qu'avec Charcot l'auteur qualifie de neurasthénie à forme héréditaire, de neurasthénie constitutionnelle.

Après quelques considérations historiques des plus importantes

[1] Voir dans la *Rev. phot. des hôp.*, 1871, notre mémoire sur les *Arthrop. consec. aux maladies du cerveau et de la moelle.* (B.)

pour la compréhension exacte du sujet, l'auteur passe en revue avec beaucoup de détails les principaux symptômes de l'état neurasthénique vrai, insistant sur les stigmates, céphalée, craquements de la nuque, état des pupilles, plaque sacrée, vertige, sur les troubles des fonctions viscérales, en particulier sur la fausse angine de poitrine qui ne se distingue guère de la vraie que par l'état du pouls, sur l'état mental, et montre comment ces symptômes se groupent parfois suivant des modes assez particuliers pour constituer des variétés dans le type général. Il cite ensuite des exemples illustrant les différentes formes cliniques de cérébrasthénie et de myélasthénie et montre la fréquence d'associations morbides, d'hystéro-neurasthénie en particulier, et enfin d'états neurasthéniques secondaires ajoutés.

A cet état neurasthénique vrai, il faut opposer une catégorie d'états qualifiés de neurasthéniques qui doivent être complètement différenciés, parce que chez eux l'hérédité et souvent l'hérédité similaire est forcément présente et que, s'il paraît exister de nombreuses ressemblances dans la forme entre ces deux affections : état neurasthénique vrai et neurasthénie constitutionnelle ou héréditaire elles sont en réalité séparées par des différences incontestables dans la nature. Le pronostic en outre peut être bénin dans le premier cas, alors qu'au contraire il est grave dans le second ; le pronostic d'ailleurs pour le neurasthénique vrai dépend souvent de l'état social du malade.

Le diagnostic différentiel doit se faire d'abord entre les états neurasthéniques, puis avec les états mélancoliques ou hypochondriaques, enfin, et il y a lieu d'insister sur ce point, avec la paralysie générale, diagnostic différentiel souvent si difficile au début, quelquefois même impossible, et avec l'hystérie, surtout avec les crises d'hystérie qui peuvent être confondues avec les « paroxysmes angoissants » qui accompagnent parfois la neurasthénie. L'hystéro-neurasthénie d'ailleurs n'est point rare et il sera bien difficile dans beaucoup de cas de faire la part de l'un et de l'autre dans l'ensemble symptomatique.

L'importance du diagnostic des états neurasthéniques est d'autant plus important qu'il est indispensable pour instituer un traitement avec quelques chances de succès.

La douche froide remplacée quelquefois par la balnéation tiède, l'électricité statique devront relever la dépression physique. Contre les phénomènes nerveux le bromure de potassium à faible dose qu'on emploiera tantôt isolé, tantôt en même temps que le sulfonal, le laudanum ou le chloral pour combattre les insomnies; veiller à l'alimentation et, enfin, éloigner le sujet de ses occupations habituelles et des causes provocatrices de son état morbide.

Dans l'hystéro-neurasthénie plus que partout ailleurs, il faudrait déplacer et isoler le malade; malheureusement en général il s'agit

de mécaniciens. d'ouvriers ou manœuvres qui se trouvent temporairement mis dans l'impossibilité de gagner leur vie, chez qui la thérapeutique perd ses droits et qui finissent par tomber dans une profonde déchéance et faire partie des déclassés des grandes villes.

TROISIÈME LEÇON. *Diagnostic et traitement de l'épilepsie.* — Les comitiaux ne doivent plus être divisés en deux catégories suivant que le début est précoce ou tardif, car l'épilepsie tardive et l'épilepsie précoce sont une seule et même affection. Toutefois l'épilepsie développée dans l'enfance présente quelques particularités d'étiologie parmi lesquelles l'hérédité, les accouchements laborieux, les maladies infectieuses de l'enfance; dans l'évolution il existe également des particularités et notamment, au début, avant l'apparition du premier accès, les crises de colère fréquentes, les absences, les vertiges. Tous ces éléments devront entrer dans le diagnostic ainsi que les heures d'apparition des crises, l'aura, l'accès lui-même sur lequel l'auteur insiste longuement ainsi que sur le diagnostic différentiel avec l'hystérie qui en dernier ressort pourra être tranché par l'examen des urines. L'accès d'épilepsie en effet élève pendant vingt-quatre heures le taux de tous les éléments solides de l'urine, l'attaque d'hystérie au contraire ainsi que M. Gilles de la Tourette l'a établi avec M. Cathelineau abaisse le taux du résidu fixe et de plus le rapport des phosphates terreux aux phosphates alcalins est renversé. Enfin dans les accès subintrants, ainsi que l'a indiqué M. Bourneville, la température s'élève dans l'épilepsie et ne dépasse pas la normale dans l'hystérie

Le seul traitement véritablement efficace de l'épilepsie est le *bromure de potassium* associé avec les bromures de strontium et d'ammonium, ainsi que cela a été préconisé par Charcot. Ce traitement doit toujours être énergique et sévère quelle que soit la forme de l'affection, mais en se guidant sur la tolérance de l'individu au médicament. Aussi, l'auteur développe-t-il avec détails les accidents provoqués par l'intolérance au bromure et les moyens d'éviter ces accidents ou de les rendre supportables. Les doses de bromure doivent être progressives et administrées d'après l'heure habituelle d'apparition des accès, elles doivent surtout être données en doses suffisantes et sans cesser un seul jour. Si les accès s'éloignent et disparaissent il faudra diminuer mais non pas cesser, sauf dans des cas malheureusement exceptionnels.

Quand le bromure n'est pas efficace l'auteur préconise d'administrer en même temps des doses progressivement croissantes de bromure et des doses progressivement décroissantes de borate de soude et vice versa alternativement.

QUATRIÈME LEÇON. *Traitement de l'hystérie.* — Dans cette leçon remarquable, qui est d'une importance capitale, M. Gilles de la

Tourette montre le rôle considérable que doit jouer le médecin presque dès la naissance pour ainsi dire d'une enfant qui peut, de par son hérédité, être soupçonnée de tendance à l'hystérie ; il montre la nécessité d'éloigner cet enfant de toute influence morbide pernicieuse, et la direction que doit prendre son éducation.

Enfin, la conduite à tenir suivant les cas au moment où un mariage devient possible, puis plus tard les conseils à donner au sujet de la grossesse, de l'allaitement, etc.

Si malgré toutes les précautions, surviennent des symptômes alarmants tels que le somnanbulisme nocturne, les toux quinteuses passagères, il faudra abandonner le *traitement prophylactique* pour le *traitement de l'hystérie en général* en se souvenant qu'en matière d'hystérie il est plus facile de prévenir les accidents que de les faire disparaître lorsqu'ils existent.

Le traitement curatif de l'hystérie est général ou particulier ; mais avant tout il faut se mettre en garde contre la pratique de l'hypnotisme si dangereuse entre des mains inexpérimentées et qui n'est autorisée que lorsqu'il existe des accidents graves et qui ont résisté à tous les autres moyens curatifs.

L'élément le plus important du traitement psychique consiste dans l'isolement de ces malades des personnes de leur entourage. Le traitement physique externe sera l'hydrothérapie qui peut être appliquée sous différentes formes et l'électricité. Quant au traitement médicamenteux en dehors des préparations ferrugineuses et des amers utiles pour relever les forces et combattre l'anémie il faudra se contenter de la médecine d'imagination qui peut parfois donner de très remarquables résultats.

Enfin l'auteur entre dans d'intéressents détails sur les traitements nécessités par des phénomènes hystériques particuliers tels que les attaques, les paralysies, les contractures, les troubles trophiques et l'hystérie viscérale avec l'accident le plus grave de tous lorsqu'il n'est pas énergiquement soigné à temps, l'anorexie.

Cinquième leçon. *Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine.* — S'appuyant sur un fait clinique, M. Gilles de la Tourette décrit les symptômes du tic douloureux de la face, affection éminemment paroxystique et qu'il faut différencier de la névralgie faciale simple tout en admettant cependant des formes de transition. L'étiologie est peu connue, bien que l'hérédité semble jouer un certain rôle, le pronostic est sombre, le diagnostic en général facile sauf toutefois avec les paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale où il faut souvent un œil exercé pour faire la différence basée sur les phénomènes de l'aura, la longue durée du paroxysme, son peu de fréquence relative, la présence dans le domaine de la cinquième paire d'une zone hypéresthétique hystérogène et la terminaison habituelle de la durée morbide par

une crise convulsive accompagnée et suivie de phénomènes psychiques.

Il n'y a jusqu'à présent qu'un seul moyen thérapeutique qui agisse efficacement contre cette douloureuse maladie, c'est celui préconisé par Trousseau et adopté par Charcot consistant dans l'administration à haute dose de l'extrait thébaïque. Donné au début à la dose de 6 centigrammes à 8 centigrammes on augmentera progressivement et l'on pourra dépasser la dose de 25 centigrammes. Ce traitement est généralement très bien supporté mais il doit cependant être soigneusement surveillé. C'est une thérapeutique palliative et non pas malheureusement curative. Si le sujet est syphilitique il faut mettre en œuvre la médication spécifique.

Dans cette même leçon l'auteur différencie les migraines simples des migraines graves ou des migraines ophthalmiques accompagnées dont il donne un exemple. Le traitement dans ces cas sera identique à celui de l'épilepsie, c'est-à-dire l'administration progressivement croissante et décroissante du bromure de potassium ; en même temps il faudra prescrire l'abstinence de toutes boissons fermentées et n'autoriser que de l'eau très légèrement rougie.

Sixième leçon. *La morphinomanie et son traitement.* — Après un exemple clinique de démorphinisation rapide l'auteur passe rapidement en revue les symptômes de l'intoxication par la morphine qui peut être divisée en trois périodes : 1° la période d'euphorie dont la durée est variable suivant les doses; c'est la période où la morphine semble apporter du bien être, mais, dès que son action a cessé les oppressions, les malaises nécessitent de nouvelles piqûres. Le malade à cette période pour user moins de la morphine ajoute souvent à cette première intoxication celle produite par la cocaïne, la spartéine, l'alcool ; 2° la période intermédiaire est marquée par l'usage de 25 à 30 centigrammes de morphine, l'organisme donne des signes de défaillance, l'appétit se perd, l'amaigrissement et l'insomnie surviennent ; 3° à la période cachectique l'organisme est saturé, la morphine ne produit plus d'effets, le malade en ressent tous les inconvénients sans en éprouver le moindre bénéfice, c'est la période terminale marquée par des syncopes, souvent des abcès, la cachexie générale et enfin la mort.

Il y a trois méthodes pour traiter la morphinomanie. La suppression brusque, rapide et lente. La suppression brusque exposant à de graves accidents doit être rejetée à moins de circonstances exceptionnelles, si par exemple l'intoxcication est de date récente, l'état général satisfaisant et le taux quotidien ne dépassant pas 25 à 30 centigrammes. La méthode la meilleure est sans contredit la démorphinisation rapide. Comme pour toutes les autres d'ailleurs le malade avant de commencer cette démorphi-

nisation doit être soumis à un traitement prémonitoire d'une huitaine de jours au moins destiné à faciliter l'élimination et qui consistera en régime lacté, purgations, toniques du cœur, réglementation des piqures, repos au lit; on profitera également de ce moment pour déshabituer brusquement le malade des intoxications surajoutées.

Mais, une des conditions les plus importantes pour la réussite de la démorphinisation est l'isolement dans un établissement spécial, avec un personnel habitué à ce traitement. Le traitement effectif consistera à supprimer le premier jour la moitié de la dose quotidienne habituelle et arriver à la suppression complète en quatre ou en six jours suivant la dose. Les accidents de la démorphinisation doivent être suivis de très près ; à une période d'excitation que l'on cherchera à combattre par les bains chauds, le bromure de potassium, succédera souvent une période de dépression, accompagnée de troubles gastro-intestinaux, de sialorrhée ; le cœur doit être surveillé car la syncope est à craindre et celle-ci, si elle semble grave, doit être combattue par une injection de morphine. Pendant la période de convalescence, il y a de temps à autre des crises éliminatoires éloignées et le médecin doit redoubler de surveillance tant pour empêcher le malade de retomber dans ses habitudes que pour parer aux accidents possibles.

La méthode de la suppression lente ne donne pas en général de très bons résultats; on est pourtant obligé quelquefois d'y avoir recours. On substitue dans ce cas l'extrait thébaïque à la morphine puis on débarrasse assez facilement le malade de sa nouvelle habitude d'opium.

Septième leçon. *Le vertige de Menière et son traitement.* — L'auteur avec des faits cliniques à l'appui fait une étude détaillée du vertige de Menière. Après un aperçu historique, il entre dans l'étude de la physiologie du labyrinthe pour montrer que la pathogénie du vertige réside dans l'hyperexcitabilité labyrinthique et que les causes étiologiques sont surtout les lésions de l'oreille moyenne et quelquefois celles de l'oreille interne et externe, lésions dont la cause est évidemment multiple mais plus généralement l'artério-sclérose.

Il fait ensuite un tableau précis du vertige, montrant la différence entre le vertige aigu et le vertige chronique et abordant la question diagnostique, montre que l'on peut presque considérer que le vertige de Ménière a pris la place du vertige dit stomacal; le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ictus laryngé, les vertiges des diabétiques, le vertige épileptique, le paroxysme hystérique à forme de vertige labyrinthique.

Le traitement est entièrement dû à l'intuition de Charcot. Avant tout il faut faire procéder par un spécialiste à l'examen de

l'oreille, mais ne permettre d'intervention que s'il s'agit d'un bouchon du cérumen ou d'une maladie aiguë de la caisse, l'intervention locale qu'elle qu'elle soit ne ferait autrement qu'exagérér l'hyperexcitabilité. Le traitement même du vertige consistera à faire absorber par le malade, pendant quinze jours, une dose variable de sulfate de quinine suivant le sujet, mais d'environ 75 centigr. par jour. L'auteur insiste sur les avantages incontestables de ce mode de traitement et réfute tous les arguments qui lui ont été opposés.

Huitième leçon. *Pathogénie et traitement des pieds bots.* — L'auteur combat la tendance de la chirurgie moderne, en ce qui regarde les pieds bots, à rester confinée, dans l'étude des lésions squelettiques et du manuel opératoire à leur opposer; il est de la plus haute importance de ne pas oublier que la lésion est d'ordre secondaire, que c'est un trouble trophique qui prend sa source dans le système nerveux.

Les pieds bots doivent être divisés en congénitaux et non congénitaux. Les congénitaux eux-mêmes se présentent avec ou sans impotence, spasmodiques ou paralytiques.

La preuve que ceux-ci sont liés à une affection du système nerveux n'est plus à faire pour les pieds bots avec impotence. Ceux non accompagnés d'impotence doivent également être rattachés à une lésion du système nerveux développée chez le fœtus et qui dans la suite a pu s'atténuer ou disparaître. Le pied bot non congénital est également toujours d'origine nerveuse et l'auteur passe en revue les formes principales.

Dans l'un comme dans l'autre cas, le traitement doit être guidé par la pathogénie et, dans cette leçon particulièrement importante parce qu'elle est unique, M. Gilles de la Tourette indique avec soin les cas où il faut intervenir et ceux qu'il faut respecter. Il insiste particulièrement sur le pied bot de l'hémiplégie infantile qui doit être respecté, sur celui de la contracture hystérique, des myélites spasmodiques, de la paralysie infantile, des polynévrites.

Enfin, l'auteur émet l'opinion personnelle que tout au moins, dans bien des cas, le pied plat valgus ne devient douloureux que lorsque le malade a contracté une blennorragie qui produit de l'arthrite subaiguë et surtout de l'inflammation des bourses séreuses et des synoviales de l'avant-pied et du talon.

Neuvième leçon. *Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques.* — Cette leçon est peut-être la plus importante du livre et cela non seulement par ce que les myélites syphilitiques comprennent plus de la moitié des affections de l'axe spinal, mais encore parce que les idées émises et la méthode d'étude suivie sont presque entièrement personnelles à l'auteur ; nous ne pouvons donner

qu'un résumé rapide et insuffisant de cette leçon qui contient une description clinique détaillée et des notions pathogéniques et anatomo-pathologiques d'un grand intérêt. Les myélites syphilitiques doivent être considérées suivant qu'il s'agit de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire. En considérant la syphilis acquise, on doit se souvenir que les premières notions sur la syphilis médullaire datent de 1797 avec le mémoire de Portal sur le mal de Pott syphilitique, et il est bon de remarquer que quelques cas de pachyméningite cervicale hypertrophique peuvent être rattachés à la syphilis. Dans la syphilis maligne précoce du système nerveux, et que Charcot appelait anatomiquement la syphilis tigrée, il y a cliniquement un grand luxe de symptômes, le système cérébro-bulbaire ayant concurremment avec la moelle participé au processus. Puis viennent les myélites aiguës et les myélites chroniques d'emblée, parmi lesquelles la forme si fréquente connue sous le nom de paraplégie spinale spasmodique syphilitique d'Erb, déjà décrite par Charcot, et qu'il conviendrait mieux d'appeler forme syphilitique commune. A côté de cette forme on doit en placer une autre décrite par M. Gilles de la Tourette, et qui consiste cliniquement dans l'ensemble symptomatique suivant; douleurs parfois à type fulgurant, paralysie des sphincters, inégalité pupillaire, parfois diplopie et signe de Romberg, mais en même temps exagération des réflexes rotuliens et parfois trépidation spinale. Enfin, des formes irrégulières, et parmi celles-ci, la forme amyotrophique.

La syphilis héréditaire de la moelle appartient presque en totalité à M. Gilles de la Tourette et à son élève, M. Gasne.

Les accidents par lesquels elle se manifeste seront congénitaux, précoces ou tardifs. Les cas congénitaux comprennent: 1° les enfants mort nés avant terme ou à terme ou qui n'ont vécu que quelques jours ou quelques semaines ; 2° les enfants vivants nés à terme ou avant terme, présentant les manifestations cliniques d'une syphilis congénitale de la moelle épinière. Les cas précoces sont ceux où la détermination médullaire s'effectue pendant l'enfance. Enfin, les cas tardifs, c'est-à-dire ceux où les accidents apparaissent après l'adolescence.

L'auteur, enfin, insiste sur le traitement qui nécessite quelques indications générales ; lui-même comportera l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium ; suivant les cas, il faudra administrer le mercure au moyen de frictions ou d'injections. Le traitement chez les adultes et chez les enfants ne différera que par les doses qui devront être plus modérées chez les seconds. Enfin, les révulsions (pointes de feu) le long de la colonne vertébrale pourront être quelquefois utiles ainsi que l'application de l'électricité faradique dans les paralysies flasques et l'électricité galvanique dans les myélites spasmodiques surtout, accompagnées d'atrophie.

Dixième leçon. *Diagnostic et traitement de l'ataxie locomotrice.* — Dans cette dernière leçon, l'auteur passe en revue, après quelques considérations générales sur les causes et la nature du tabes, les symptômes cardinaux : crises douloureuses, troubles urinaires, troubles oculaires, abolition des réflexes rotuliens, incoordination motrice; puis les troubles trophiques: mal perforant, arthropathies, atrophie musculaire. Il insiste ensuite sur le diagnostic du tabes avec les névrites périphériques, le pseudo-tabes hystérique et neurasthénique, la myélite syphilitique à forme pseudo-tabétique.

Le traitement du tabes est en général ingrat ; on peut toutefois dans bien des cas soulager les tabétiques : le traitement médicamenteux ne donnera pas grand chose, l'hygiène aura une certaine importance et le traitement évidemment sera variable avec les différents accidents. Mais, de toutes les méthodes de traitement, celle qui certainement a donné les meilleurs résultats est celle de l'élongation de Moczuhkovski qui a été modifiée encore à son avantage par M. Gilles de la Tourette, qui par le système employé agit directement sur l'axe médullaire et évite un certain nombre d'accidents à craindre avec la suspension. Cette méthode s'est montrée surtout efficace sur les douleurs en ceinture, les crises gastriques, les douleurs dans les membres inférieurs, la parésie vésicale et l'incoordination motrice. J.-B. Charcot.

III. *Recherches cliniques et thérapeutiques snr l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie;* par Bourneville, t. XVIII. Paris, in-8°, 1898. Librairie du *Progrès médical* et Félix Alcan, éditeur.

La première partie, comme d'habitude, donne l'histoire pendant l'année 1897 du service de Bicêtre et de la fondation Vallée. On y trouve un travail sur *le patronage des aliénés et des enfants arriérés*, sur la construction d'un *asile dans l'Hérault* et sur l'édification du *cinquième asile de la Seine.*

La seconde partie (*Clinique et anatomie pathologique*), se compose de seize observations. L'histoire du *Conscrit de Bicêtre* traite des rapports de la débilité mentale avec le service militaire. Elle est d'un intérêt social des plus vifs. Faut-il rayer des cadres de l'armée tous les individus susceptibles de présenter des troubles intellectuels quelconques ? Nous avons ouï dire que cela se faisait maintenant couramment, au moins en certains corps d'armée. Y a-t-il au contraire des réserves à faire ? Qu'on lise les lignes écrites par M. Bourneville.

Les autres observations concernent : la diarrhée chronique séreuse traitée au salicylate de chaux ; l'épilepsie due à l'onanisme ; la pseudo-porencéphalie et la porencéphalie vraie ; l'idiotie par méningo-encéphalite chronique ; l'alcoolisme ayant entraîné l'hémiplégie gauche, et l'épilepsie, par sclérose atrophique, pachymé-

ningite et méningo-encéphalite ; l'imbécillité et l'épilepsie symptomatiques de méningite récente avec état chagriné des circonvolutions ; l'idiotie et l'épilepsie symptomatiques de *sclérose atrophique des deux lobes frontaux ;* l'idiotie hydrocéphalique acquise ; l'état de mal épileptique ; l'épilepsie consécutive à la fièvre typhoïde ; l'influence heureuse du traitement médico-pédagogique sur un cas très curieux d'idiotie congénitale complète.

Une liste des travaux scientifiques élaborés dans le service de 1880 à 1896 complète heureusement ce volume illustré de 20 figures et de 20 planches hors texte.

L'une des observations, intitulée : *Idiotie et épilepsie symptomatique de sclérose atrophique des deux lobes frontaux*, mérite d'être signalée d'une façon particulière. Il s'agit d'une fille âgée de onze ans qui, normale jusqu'à six mois, fut prise alors de convulsions qui se reproduisirent pendant quinze jours et durant chaque fois deux à trois heures. Consécutivement, accès d'épilepsie. Pas de paralysie, mais idiotie complète. Durant les six premiers mois de 1897, elle a 42 accès et 30 vertiges, se cachectise progressivement et meure.

A l'autopsie, on trouve un épaississement considérable des os frontaux (pl. I), et une atrophie complète des lobes frontaux. (Pl. II, III, IV et V.) P. Keraval.

VARIA.

Assistance des aliénés : vieille femme séquestrée.

« On télégraphie de Bergerac que les époux Breton, cultivateurs, viennent d'être arrêtés sous l'inculpation de séquestration de leur mère et belle-mère. La gendarmerie, mise en éveil par une dénonciation anonyme, a trouvé dans un chai la femme Breton attachée à l'aide d'une forte chaîne passée deux fois autour de sa ceinture et fixée à une marche d'un escalier. La pauvre femme gisait sur une paillasse en mauvais état et était vêtue sommairement d'une chemise et d'un jupon en loques.

« La malheureuse, âgée de soixante-dix ans, est excessivement faible et n'a pu répondre aux questions qui lui ont été posées. Breton prétend que sa mère ne jouit plus de la *plénitude de ses facultés* et qu'il l'avait *enchaînée* pour l'empêcher de fuir et de commettre quelque méfait. La pauvre femme était ainsi séques-








LO.
LQ.
LF.
F!
L.
CC
CO.
CCC.
CH.


P.-C.
L.O.
P¹
P²
P²
T³
T²
T¹
PA
FA


C.C.
C.O.
CH.
Pre.

trée depuis quatre mois, de l'aveu même de ses enfants. » (*France*, août.)

— Les séquestrations de ce genre persisteront tant que les Préfets et les Conseils généraux entoureront de difficultés les placements dans les asiles au lieu de les encourager, comme le permet la loi et le veut l'humanité.

Les aliénés en liberté.

Sous ce titre : *Un fou dangereux*, le *Petit Parisien* du 16 septembre rapporte le fait suivant :

« Un ouvrier charpentier, Auguste Gomaind, âgé de quarante-neuf ans et demeurant rue Croulebarbe, donnait *depuis quelque temps déjà* des signes évidents de *dérangement cérébral*. Hier matin, pris d'une soudaine crise de folie furieuse, le malheureux descendit dans la rue, armé d'un long compas de charpentier, aux branches triangulaires, aiguisées comme des lames de poignard, et d'un énorme couteau de cuisine. Il se ruait sur les passants, qui s'enfuyaient, naturellement, avec une vélocité sans pareille, et tenta même de frapper un petit garçon qui passait par là, et qui n'échappa que par miracle à ses coups.

« Six gardiens de la paix, requis par les deux frères de l'aliéné, tentèrent de s'en rendre maîtres. Ils ne purent le faire qu'après un quart d'heure d'une lutte acharnée, et surtout après que l'un d'eux eut désarmé le fou en lui frappant les poignets à coups de plat de sabre. Le fou, dans sa fureur, avait porté des coups terribles. Bref, c'est étroitement ligoté que le malheureux a été porté au poste, et, delà, dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. »

— On vient de trouver pendu dans un bois de Noroy, aux environs de Clermont (Oise), au lieu dit « la Vieille-Carrière », le corps de M. Davenne, cultivateur à Noroy. M. Davenne était atteint depuis quelque temps déjà de troubles cérébraux et avait manifesté à plusieurs reprises l'intention d'en finir avec la vie. (*Petit Parisien*, 20 septembre.)

— *Asile de Brenty* (Charente). — Le nommé Georges Raganaud, âgé de trente-deux ans, étant pensionnaire à l'asile de Brenty, s'est échappé de l'établissement et est allé se jeter dans la rivière la Drôme, où son cadavre a été retrouvé. Le malheureux s'était lié les pieds avec une bretelle, au bout de laquelle il avait fixé une énorme pierre. (*Petit Parisien*, 20 septembre.)

— Le *Petit Parisien* du 25 août publie la dépêche ci-après, de Bruxelles, sous le titre :

Une fillette étranglée par sa mère. — « La femme Verstraeten qui, à Jette-Saint-Pierre, a étranglé sa fillette âgée de deux ans, s'est

ainsi que nous l'avons annoncé, rendue à Malines, où demeurent ses parents. C'est là qu'elle a été arrêtée. Soumise à un examen médical, elle a été reconnue atteinte d'aliénation mentale et conduite dans une maison de santé. »

Faculté de médecine de Toulouse.

Thèses neuro-pathologiques soutenues pendant l'année scolaire 1897-1898.

M. Boissel : Contribution à l'étude du diagnostic des paralysies hystériques et de la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant. — M. Soucail : Contribution à l'étude des lésions spinales dans la paralysie générale. — M. Maurin : La folie alcoolique à Marseille. — M. Cuguillère : Les lépreux et les léproseries de Toulouse. — M. Maisol : De l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique. — M. Costes : La vie psychique des hystériques et leur responsabilité devant la loi pénale. — M. Bibent : L'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et l'adolescent. — M. Béra : Étude sur les « aliénés processifs ». — M. Derbertrand : Contribution à l'étude de la rupture du sinus circulaire. — M. Andrieu : Contribution à l'étude des tumeurs craniennes d'origine congénitale (variété de pseudo-encéphalie). — M. Bares : Étude de la gangrène des membres chez les neuroarthritiques. — M. Pelloquin : L'amœboïsme nerveux.

FAITS DIVERS.

Concours pour une place de médecin suppléant a Bicêtre. — Ce concours que nous avons annoncé (p. 529 de 1898) vient de se terminer par la nomination de M. Roubinowitch.

Suicides d'enfants. — On a trouvé, ce matin, arrêtée à la vanne du moulin d'Argences, près d'Evreux, sur la rivière d'Iton, le cadavre d'une jeune bonne, âgée d'une quinzaine d'années, au service des époux Jouan, cultivateurs. On se trouve en présence d'un suicide dont on ignore la cause.

— Le jeune Pierre Bouju, âgé de treize ans, domestique chez un cultivateur de Rouillon, aux environs du Mans, s'est pendu, avec un licol, à la porte de l'écurie. Le corps de l'enfant a été transporté chez ses parents, au Mans. Jamais il n'avait manifesté l'intention de se suicider.

Le suicide d'une folle.— Une rentière de la rue de Condé, à Paris, Mme D..., atteinte *depuis quelque temps d'aliénation mentale*, a été trouvée pendue au baldaquin de son lit, hier soir, vers dix heures. Dans une lettre laissée en évidence, Mme D... disait qu'elle se tuait volontairement, et que Dieu, sachant à quel mobile elle obéissait, lui pardonnerait. M. Lagaillarde, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage. (Le *Soleil*, du 26 septembre.)

Drames de l'alcoolisme. — Le général Pottier, commandant la place de Saint-Denis, a fait arrêter et interner, dans la prison militaire de la caserne de Saint-Denis, le casernier du nom de Mondane qui, dans un accès de fureur alcoolique, avait tiré à coups de revolver sur une bande de gamins qui le suivaient en le sifflant, et avait blessé un passant.

Ce premier drame vient de se compliquer d'un second non moins tragique. La femme de Mondane, sans nouvelles de son mari, avait hermétiquement fermé les locaux du casernement. Les militaires du poste, intrigués, prévinrent l'adjudant-major de service, et M. Mazurier, commissaire de police, fit ouvrir la porte d'entrée par un serrurier. Un spectacle lamentable s'offrit aux yeux. Sur le plancher, la femme Mondane était étendue raide morte, une bouteille de rhum à la main. Elle avait succombé à une congestion provoquée par l'ivresse. (Le *Soleil*, du 17 octobre 1898.)

Les épileptiques. — Le conducteur des voitures de factage de M. Liesnard, Paul Croisy, a disparu depuis lundi soir sans que son patron ait eu de ses nouvelles. Il avait déposé tous ses livres à la gare et ils sont parfaitement en règle. Croisy avait une terrible maladie qui l'affectait beaucoup : il était épileptique. On nous dit au dernier moment qu'il a écrit à un de ses parents lui disant qu'il était parti pour Rouen, où il se suiciderait. On donne, dans le public d'autres motifs de cette disparition. (*Rappel de l'Eure*, 12 nov.)

Assistance des aliénés. — « Encore un suicide dans le canton de Nonancourt, dit le *Rappel de l'Eure* (12 nov.). Le nommé Tranchant, Alexandre, âgé de soixante et onze ans, cultivateur à Panlatte, a été trouvé pendu dans sa grange. Ce malheureux avait la *manie du suicide*, car il y a deux ou trois mois il s'était jeté dans sa mare avec un poids de dix kilos au cou. » — Son isolement, en temps opportun, à l'asile d'Evreux, où il aurait pu être soigné, aurait peut-être guéri ce malheureux de sa folie de suicide.

Un fou meurtrier. — Un ouvrier nommé Chancerelle, habitant rue Caulaincourt avec une jeune femme, Marie Lesage, s'est levé ce matin en proie à une agitation extrême. Tout à coup il a tiré

un couteau de sa poche, s'est précipité sur sa compagne et l'en a frappée violemment à plusieurs reprises. La malheureuse, atteinte au cœur, est tombée pour ne plus se relever. Les voisins, attirés par le bruit, sont intervenus, mais trop tard pour la victime. Ils se sont emparés de Chancerelle, qui a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, du 21 octobre).

La suppression de la peine de mort. — La deuxième commission d'initiative a été saisie d'une proposition de loi, présentée par M. Dejeante, tendant à abolir la peine de mort. Cette commission, « après avoir examiné sérieusement cette proposition de loi », est d'avis, à l'unanimité, qu'il y a lieu de la prendre en considération. (*Le Temps*, du 15 novembre 1898.) — C'est là une loi à voter rapidement.

L'esprit des autres. — « Le césarisme veut la servitude des corps, le cléricalisme veut la servitude des âmes. » (Clémenceau, *l'Aurore*, 27 septembre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Asile public d'aliénés de Maréville (Rapport du médecin en chef de la division des hommes à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle). Année 1897. — Brochure in-8° de 25 pages. — Nancy, 1898. — Imprimerie Berger-Levrault.

Bermo-Erdmann und Dodge (R.). — *Psychologische untersuchungen über das lesen auf experimenteller grundlage.* — Volume in-8° de 360 pages. — Prix : 15 fr. — Halle-sur-Saale, 1898. — Librairie Max Niemeyer.

Calmon du Pin e Almeida. — *Degenerados criminosos.* — Volume in-8° de 134 pages. — Balina, 1898. — Imprimerie Oliveira et Cie.

Colucci (C.). — *Contributo alla diagnosi del cosi detto Morbo di Raynaud (Casi clinici e considerazioni).* — Brochure in-8° de 16 pages. — Milan, 1898. — F. Vollardi.

Colucci (C.). — *Ricerche sull'anatomia e sulla fisiologia dei centri visivi cerebrali.* — Brochure in-4° de 93 pages, avec 28 figures. — Napoli, 1898. — Tipografico C. A. Tocco.

Conto (M.). — *Dos espasmos nos affecções dos Centros Nervosos.* — Volume in-4° de 135 pages. — Rio-de-Janeiro, 1898. — Comparchia typographica da Brazil.

Dallemagne. — *Pathologie de la volonté.* — Volume in-18 de 190 pages. Paris, 1898. — Librairie G. Masson.

Dannemann (A.) et Sommer. — *Die psychiatrische Klinik zu giessen.* — Volume in-8° de 120 pages, avec 12 figures. — Prix : 5 francs. — Berlin, 1898. — Librairie von S. Karger.

DELAGÉNIÈRE (H.). — *Chirurgie de l'utérus.* — Volume in-8° de XII-467 pages, avec 378 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, 1898. — Institut de bibliographie scientifique.

DOYEN. — *Sur l'angiotripsie.* (Lettre ouverte à M. Tuffier.) — Brochure in-8°, avec 12 figures. — Paris, 1898. — Imprimerie de la Cour d'appel.

ELMER LEE. — *The frequency of Apoplexy among the higher classis with suggestions for its prevention and escape from fatality.* — Brochure in-8° de 7 pages. — New-York, 1898. — Chez l'auteur.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Leçons de clinique thérapeutique sur les maladies du système nerveux.* — Volume in-8°, de 482 pages. — Paris, 1898. — Librairie Plon et Nourrit.

GOLDSCHEIDER (A.). — *Gesammelte abhandlungen.* Tome II : *Physiologie des Muskelsinnes.* — Volume in-8° de 323 pages, avec figures. — Prix : 10 francs. — Leipzig, 1898. — Librairie Johann-Ambrosius Barth.

KOVALEVSKY (P.). — *Psychoses primaires* (Esquisses de psychiatrie médico-légale). — Brochure in-8° de 56 pages. — Varsovie, 1895. — Chez l'auteur.

KOVALEVSKY (P.). — *De l'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal.* — Brochure in-8 de 51 pages. — Paris, 1898. — Extrait des *Annales médico-psychologiques.*

KOVALEVSKY (P.). — *Die arteriosklerose des Gehirns.* — Brochure in-8° de 7 pages. — Leipzig, 1898. — *Neurologisches Centralblatt.*

KRANTZ. (M.). — *Diagnose und therapie der nervösen Francokrankheiten infolge gestörter Mechanik der sexuel organe.* Volume in-8° de 106 pages. — Wiesbaden, 1898. — Verlag Bergmann.

MAURICE DE FLEURY. — *L'âme du criminel.* — Volume in-18 de XVI-192 pages. — Prix 2,50. — Paris, 1898. — Librairie F. Alcan.

PARIS (A.). — *L'Assistance des aliénés : organisation médicale des asiles, assistance familiale. Traitement moral,* etc. — Brochure in-8° de 58 pages. — Nancy, 1898. — Imprimerie Berger-Levrault et Cie.

RAYMOND (F.) et JANET (P.). — *Névroses et idées fixes.* Tome II : *Fragments des leçons cliniques sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* — Volume in-8° de x-558 pages, avec 97 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, librairie F. Alcan.

RAYMOND (le professeur F.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux* faites à la Salpêtrière pendant l'année scolaire 1896-1897, recueillies et publiées par M. le Dr RICKLIN. — Un beau volume de 760 pages, avec 130 figures dans le texte et 6 planches en couleur. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin, éditeur.

Revue clinique des maladies nerveuses, à l'usage des praticiens, paraissant le 10 de chaque mois. — Rédacteur en chef : M. le Dr Levillain, à Nice. — Administration : Librairie Maloine, 21, place de l'École-de-Médecine. — Un an 6 francs.

RUSSELL (R.). — *Contribution to the study of some of the afferent and afferent Tracts in the Spinal Cord.* — Brochure in-8° de 35 pages, avec 12 figures. — London, 1898. — J. Bale sons et Danielsson.

SCHWERDT (C.). — *Der Morbus Basedovii.* — Brochure in-8° de 34 pages. — Munchen, 1898. — Librairie F. Lehmann.

SCRIPTURE (Ed.-W.). — *Studies from the Yale Psychological Laboratory.* — Volume in-8° de 105 pages, avec 32 figures. — New Haven, 1898. — Yale University.

Seventy-eighth annual Report of the Directors of the Dundee Royal Asylum for lunatics. — Brochure in-8° de 43 pages, avec un tableau. — Dundee, 1898. — Royal lunatic Asylum.

TATY (Th.) et JACQUIN. — *Maladie du jeune chien. Paralysie infantile et chorée. Lésions microbiennes du système nerveux central.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Lyon, 1898. — Librairie L. Savy.

THIVENIN (P.). — *Conscience et Automatisme* (Solution du problème de la conscience dans la doctrine automatiste). — Brochure in-16 de 16 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, 1898. — Société d'éditions scientifiques.

WILBRAND und SAENGER. — *Die Neurologie des Anges. Ein handbuch für Norven-und augenärzte.* — Volume in-8° de xxvi-306 pages, avec 63 figures. — Wiesbaden, 1898. — Verlag Bergmann.

ZICHEN (Th.). — *Psychophysiologische Erkenntnistheorie.* — Volume in-8° de 105 pages. — Iena, 1898. — Verlag G. Fischer.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du* 1er *JANVIER étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 199.

Vol. VII. Février 1899. N° 38

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

RECHERCHES SUR L'ANALGÉSIE DU CUBITAL (*signe de Biernacki*) CHEZ LES ALIÉNÉS;

PAR LES DOCTEURS

P. KERAVAL, Médecin en chef de l'Asile d'Armentières (Nord).

ET

R.-G. LAURENT, Interne à l'Asile d'Armentières.

En 1894, Biernacki[1] appelait l'attention sur un nouveau symptôme qu'il avait observé dans le tabes, et qui consistait en ceci : lorsqu'on comprime suffisamment fort le tronc du cubital dans la région de l'olécrâne, le bras étant en demi-flexion, position la plus favorable, il peut se produire soit successivement, soit simultanément, selon les circonstances, trois réactions différentes :

1° Une réaction motrice, dans les muscles desservis par le nerf : flexion des premières phalanges et extension des dernières, mouvements d'adduction du pouce, et mouvements du petit doigt dépendant de l'action des muscles de l'éminence hypothénar ;

2° Une réaction purement sensible consistant dans la douleur généralement connue : fourmillements par irradiation dans la région du petit doigt, et aussi de vagues douleurs locales ;

3° Une autre et dernière réaction, qui consiste en flexion du bras, contorsions de la face, ou autres expressions de

[1] *Neurologishes Centralblatt*, 1894.

douleur, voire même des exclamations de souffrance. Biernacki a désigné cette troisième réaction sous le nom mal choisi de réflexe.

Disons sur le champ qu'on ne peut que s'associer à Cramer[1] quand il repousse cette désignation qui tendrait à faire croire qu'il s'agit de phénomènes semblables au réflexe patellaire. Il ne s'agit, ici, en effet, que de phénomènes moteurs extrêmement variables qui se passent tantôt dans le domaine d'un muscle, tantôt dans un autre, et dont l'unique cause est la sensation douloureuse. Ces mouvements ne sont pas le moins du monde une réponse spécifique à l'excitation du cubital; ce sont au contraire des mouvements de défense dans le sens le plus large du mot. Il n'en sera donc plus question dans la suite, et nous ne parlerons que de la présence ou de l'absence de la réaction douloureuse.

Tel est le signe décrit par Biernacki sous le nom d'analgésie du cubital au coude comme symptôme du tabes.

Cramer[2] considérant les rapports multiples qui existent au point de vue symptomatique entre le tabes et paralysie générale se propose de rechercher dans cette dernière maladie le symptôme de l'analgésie du cubital.

Il croit que ce symptôme existe au moins chez les trois quarts des paralytiques, tandis qu'il serait, pour lui, absent chez le plus grand nombre des aliénés non paralytiques.

Des expériences de contrôle ont été faites par les Drs Bædeker et Falkenberg[3] sur les malades de l'établissement de Hertzberg, service du Dr Mœli, dans le but de savoir au juste, si réellement le symptôme de l'analgésie ulnaire existait aussi fréquemment chez les paralytiques et aussi rarement chez les aliénés non paralytiques et s'il était possible d'en tirer des conclusions au point de vue d'un diagnostic différentiel quelconque.

Ces recherches se rapportent à 100 paralytiques hommes, à 25 femmes et à 300 aliénés non paralytiques. Les paralytiques chez lesquels le diagnostic n'était pas douteux ressortissaient aux différents stades de la maladie.

[1] *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1895.

[2] *Loco citato.*

[3] *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LII.

Voici les résultats auxquels ils arrivèrent :

Sur 100 paralytiques hommes, après des expériences multiples on constata que : chez 58 d'entre eux, toute réaction douloureuse était absente ; chez 35 d'entre eux la réaction douloureuse existait à différents degrés. Chez les 7 autres, le résultat était douteux, soit parce que les expériences répétées à différentes reprises avaient donné des résultats contradictoires, soit parce que les résultats des recherches individuelles ne semblaient propres à aucune interprétation.

Chez 25 paralytiques femmes, les chiffres correspondaient à une proportion de 56/100 sans réaction douloureuse, 36/100 avec réaction douloureuse et 8/100 douteux : résultat presque identique à celui fourni par les hommes.

Quant aux aliénés non paralytiques, les expériences ont porté sur 280 malades hommes pris au hasard, et 100 femmes seulement atteintes de toutes les formes de psychoses. Sur les 200 hommes, 61/100 présentaient une réaction douloureuse perceptible, 39/100 ne sentaient rien. — Chez les 100 femmes, les rapports numériques sont semblables, dans 67/100 réaction douloureuse perceptible ; 33/100 témoignent d'une absence de réaction. Il y a donc une petite différence en faveur de la réaction douloureuse, ce qui peut s'expliquer par une plus grande sensibilité chez la femme.

Enfin, il faut encore mentionner que parmi les paralytiques, il s'en trouva 31 qui présentaient des altérations du cordon postérieur, et chez lesquels le réflexe patellaire manquait ; or, chez ces malades, 23, soit 74/100 montrèrent l'absence de la réaction douloureuse en question. Ce nombre vient confirmer les données de Biernacki pour le tabes.

Ces résultats, conformes à ceux de Cramer, indiquent que la réaction douloureuse du cubital manque plus souvent chez les paralytiques que chez les aliénés non paralytiques ; mais, considérant que le paralytique réagit généralement moins aux excitations douloureuses, MM. Bœdeker et Falkenberg, déclarent qu'il leur est impossible de donner à leurs résultats l'importance que prétend leur attribuer Cramer, *et ils concluent que l'analgésie du tronc du cubital ne peut pas être considérée comme un signe typique de paralysie générale, et que, par conséquent, elle ne peut servir d'élément en matière de diagnostic différentiel.*

Cramer, en discutant ces données au Congrès psychia-

trique de Berlin (1895) exposa ses études anatomiques sur le cubital dans le cas d'analgésie partielle.

A l'examen microscopique, on ne perçoit aucune altération, ni sur les coupes longitudinales, ni sur les coupes transverses; par conséquent, il semble que l'analgésie ulnaire puisse se présenter sans lésions de la moelle épinière ni des nerfs périphériques.

Aussi, Cramer *regrette-t-il qu'on refuse toute importance diagnostique différentielle à l'analgésie du cubital.* Si l'on réfléchit, dit-il, à l'importance généralement attribuée à l'absence du réflexe rotulien dans la paralysie générale, alors que ce réflexe ne manque que chez 20/100 des paralytiques généraux, et que sur 63 cas d'aliénés non paralytiques, 8, c'est-à-dire 12/100 ne présentent pas de réflexe rotulien, il faudra bien admettre que des résultats d'après lesquels l'analgésie cubitale existe chez plus de la moitié des paralytiques, tandis qu'elle manque chez une bonne moitié des non paralytiques, ne sont pas indignes de toute attention. Typique, le phénomène ne l'est certainement pas, et d'ailleurs la paralysie générale ne possède pas de signes pathognomoniques; mais rapprochée d'autres signes de paralysie générale, l'analgésie cubitale aura toujours une certaine importance. C'est pourquoi il faut d'autres expériences pour corroborer les premières et conclure.

Mendel[1] relatant ses expériences personnelles dans sa polyclinique de Berlin, sur le tabes, la paralysie générale et différentes névroses, a trouvé ce symptôme sans grande importauce dans ses recherches.

Les mémoires de Sarbo (*Neurologisches Centralblatt*, 1896), W. Gœbel (*Neurologisches Centralblatt*, 1895); B. Greidenberg (*Neurologisches Centralblatt*, 1898) solliciteraient plutôt la curiosité du clinicien. C'est pourquoi nous avons fait des *recherches sur les aliénés de l'asile d'Armentières*. Elles ont porté sur 626 malades hommes : 84 paralytiques généraux et 542 autres aliénés.

Sur les 84 paralytiques généraux dont l'affection était nettement confirmée, 44 présentaient le signe de Biernacki, 32 avaient une sensibilité cubitale normale, 8 donnaient un résultat douteux.

[1] *Congrès psychiatrique de Berlin*, 1895.

Si nous divisons ces paralytiques généraux d'après la période de leur maladie, les résultats sont les suivants :

	NOMBRE de malades.	MALADES présentant le signe de Biernacki.	MALADES ne présentant pas d'analgésie cubitale.	DOUTEUX
Période de début	18	10	6	2
Deuxième période	30	12	16	2
Troisième période	36	22	10	4

Les 542 malades non paralytiques, se répartissent au point de vue de la sensibilité cubitale de la façon suivante : 228 présentent une analgésie complète du cubital : 314 ont une sensibilité normale. Les classe-t-on d'après la maladie mentale dont ils sont atteints, voici les résultats que l'on obtient :

NATURE DE LA MALADIE MENTALE	NOMBRE de malades.	MALADES présentant le signe de Biernacki.	MALADES ne présentant pas d'analgésie cubitale.
Mélancolies diverses	116	38	78
États de manie	46	8	38
Alcooliques	38	4	34
Délirants chroniques	20	6	14
Dégénérés { débiles, imbéciles, supérieurs	148	58	92
Idiots	40	34	6
Épileptiques	20	»	20
Déments	92	80	12

Ces chiffres appellent quelques commentaires :

Tout d'abord, nous pouvons dire que les résultats de ces expériences corroborent ceux de MM. Bœdeker et Falkenberg à peu de chose près.

Le nombre de nos paralytiques généraux qui présentent le signe de Biernacki, nous donne la proportion de 53/100, légèrement inférieure à la leur qui est de 58/100. Pour les aliénés non paralytiques, elle est de 42/100, chiffre sensiblement égal au leur, c'est-à-dire à 39/100.

Si l'on jette maintenant un coup d'œil sur le tableau d'ensemble de ces derniers, il est facile de constater que le signe de Biernacki ne donne pas d'indications nouvelles au point de vue de la sensibilité générale des malades. Les troubles de la sensibilité sont, en effet, très fréquents chez les aliénés ; mais l'on sait que l'insensibilité et l'analgésie, se rencontrent de préférence dans les maladies mentales à type dépressif, et principalement dans les affections à lésions soit d'organisation, soit de désorganisation. C'est bien ce que confirme notre tableau.

Nous trouvons le plus d'analgésiques chez les déments (lésions de désorganisation), où la proportion est de 87/100, et chez les idiots (lésions d'organisation) où elle est de 85/100.

Viennent ensuite, mais à une grande distance, les dégénérés divers avec une proportion de 40/100 et les mélancoliques avec une proportion de 32/100.

Dans les autres formes de psychoses, le nombre de malades qui présentent de l'analgésie est beaucoup moindre, souvent infime. Il est encore de 30/100 chez les délirants chroniques ; mais dans les états de manie, il tombe à 19/100 : à 10/100 chez les alcooliques. Enfin il est nul, dans la maladie où domine l'héréthisme nerveux : l'épilepsie.

Conclusions. — Quelle est la conclusion légitime de cette statistique ?

Nos résultats pour la paralysie générale sont-ils de nature à faire admettre avec Cramer, qu'il faille accorder au signe de Biernacki une valeur quelconque au point de vue du diagnostic différentiel de la paralysie générale ? ou, faut-il conclure avec Bœdeker et Falkenberg que l'analgésie du cubital n'a pas de valeur en matière de quelque diagnostic différentiel que ce soit ?

Cramer pensait que les trois quarts des paralytiques, au moins, présentaient ce symptôme, tandis qu'il le croyait absent chez le plus grand nombre des aliénés non paralytiques.

Or, avec les proportions de 53/100 pour les paralytiques généraux, et de 42/100 pour les autres aliénés, nous sommes loin de ce compte, et il est impossible d'accorder à un symptôme qui existe, il est vrai, dans une grosse moitié des cas de paralysie générale, mais qui atteint chez les autres aliénés la proportion de 42/100, l'importance que veut lui attribuer Cramer.

Si l'on réfléchit, en outre, comme le font judicieusement remarquer Bœdeker et Falkenberg, que cette réaction de Biernacki n'est pas inaccessible aux objections; que nous ne possédons aucune mesure objective, aucun point de repère, ni pour savoir le degré de pression à déployer chez un individu déterminé, ni pour connaître sa sensibilité et sa réaction normales à la douleur ; qu'il s'agit fréquemnent de malades indociles ou difficiles à interroger sur une sensation aussi délicate, qui peuvent exécuter pendant l'expérience des mouvements variés et troubler ainsi le jugement de l'expérimentateur désireux de fixer avec certitude la présence ou l'absence de la réaction en chaque cas particulier, on est bien obligé de conclure :

Qu'un symptôme aussi incertain ne peut avoir de valeur réelle pour un diagnostic différentiel quelconque.

Cette réserve faite, nous admettons volontiers avec Cramer que : *réuni à d'autres symptômes de paralysie générale, le signe de Biernacki pourra constituer un élément de plus en faveur du diagnostic.*

PATHOLOGIE MENTALE.

LES MÉLANCOLIQUES [1].

(ÉTUDE CLINIQUE);

Par le Dr ALEX. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale,
Médecin adjoint à l'hospice d'Aliénés Marcoutsa (Bucarest).

OBSERVATION XIII. — La nommée Mina Panaites, âgée de vingt-huit ans, ménagère, entre à l'hospice le 7 avril 1896.

Etat physique. — Taille haute, constitution faible, le crâne bien conformé; les dents mal implantées, surtout celles de la mâchoire inférieure. On observe sur le côté gauche du cou une cicatrice verticale, restes d'anciens ganglions strumeux suppurés. Les téguments sont pâles, le système musculaire peu développé; le système osseux normal; les extrémités froides et cyanosées. La sensibilité générale est diminuée; elle ne peut pas localiser l'endroit piqué. La vision normale; elle distingue bien les couleurs; le goût et l'odorat normaux. Les pupilles réagissent bien directement et par association. Le réflexe pharyngien est aboli; les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs, normaux, de même le réflexe rotulien. Il n'y a pas d'ovarie. Au cœur il n'y a pas de bruits pathologiques, mais le pouls est petit et lent (64 pulsations par minute). Rien à noter du côté des autres viscères et organes.

Etat psychique. — La malade garde une attitude humble, son regard est sans expression et abattu. Elle prononce de temps en temps des mots à voix basse et dans un ton plaignant. Elle répond difficilement aux questions posées. Elle est complètement dépourvue de volonté et d'initiative. L'intelligence est très obtuse, l'affectivité diminuée; la mémoire est affaiblie; l'association des idées et le jugement absents.

OBSERVATION XIV. — Le nommé Jean Moloca, âgé de cinquante ans, entre pour la seconde fois à l'hospice, le 7 juin 1896.

Etat physique. — Le malade est haut de taille, de constitution forte, bien musclé et développé, gras; pas de trace de violence;

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 37.



Fig. 9. — Groupe de mélancoliques (hommes).

une ancienne cicatrice adhérente à l'os, probablement de nature tuberculeuse. Quelques stigmates de dégénérescence : les lobules des oreilles adhérents, les pavillons appliqués au crâne. La voûte du palais profonde: les dents cariées, les supérieures sont tombées; la pupille droite contractée, la gauche un peu dilatée; elles réagissent bien. Des tremblements de la langue.

Les réflexes des fléchisseurs et extenseurs des doigts, normaux; le réflexe rotulien exagéré, le réflexe plantaire diminué, le réflexe crémastérien aboli. La sensibilité générale est diminuée, mais il paraît que le malade, quoique sentant un peu la douleur, souffre sans réagir.

Au cœur, les battements sont lents et les bruits cardiaques faibles. Rien aux autres organes et viscères. Les ganglions inguinaux pris de deux côtés, ont les caractères des ganglions engorgés spécifiques de la syphilis. Les os tibias ont leurs crêtes irrégulières.

Etat psychique. — Attitude caractéristique de la mélancolie, le malade reste couché, absolument immobile, sans énergie et sans volonté pour exécuter quoi que ce soit. Aux questions qu'on lui pose, il est impossible d'avoir un mot de réponse malgré toutes les insistances que nous employons. Absolument inerte, on doit le soulever avec les bras et le tenir avec grande difficulté pour pouvoir l'examiner.

La volonté est beaucoup diminuée, la perception paraît conservée, malgré qu'il ne répond pas aux questions. On ne peut pas découvrir un délire, ni rien savoir sur l'état de ses facultés intellectuelles, à cause du mutisme absolu dans lequel il s'enferme. Il ne paraît pas avoir des hallucinations. Il dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il mange bien et convenablement, mais on doit insister longtemps pour le faire manger. Il est propre.

20 *juillet.* — A la suite du traitement par l'opium, on observe une légère amélioration dans l'état de ses facultés mentales. Il reste pourtant toujours couché, absolument immobile, nous donnant comme cause à cette attitude la peur d'être soulevé comme un moineau s'il se levait debout. Il n'a pas d'auto-accusations.

25 *octobre.* — L'état mental est complètement rétabli. Il parle et répond immédiatement aux questions. Il ne garde plus cette immobilité opiniâtre, mais au contraire il se promène et aide même aux travaux de l'asile. Il manifeste le désir d'être libéré, disant qu'il veut voir ses enfants. Interrogé sur la cause de son internement, il l'attribue au maire de son village qui le croyait complice dans une affaire d'assassinat commis sur une femme.

Observation XV. — Le nommé Spir... Voic..., âgé de trente ans, facteur postal, entre à l'hospice le 24 juillet 1896.

Etat physique. — Le malade est moyennement développé, constitution plutôt faible, présente comme stigmates de dégénérescence:

la suture sagittale très proéminente, les pavillons des oreilles perpendiculairement implantés, les lobules adhérents. La face triangulaire, la base du triangle occupant le front. Le crâne est aplati (plagiocéphale), forme caractéristique de la syphilis héréditaire. La voûte du palais est excavée. Les dents supérieures sont presque toutes tombées, les inférieures irrégulières. Il y a une asymétrie faciale, le côté gauche est plus développé. Déviation du nez à droite. Un peu de prognathisme.

Les pupilles sont contractées, la gauche est un peu dilatée et irrégulière, réagissant un peu faiblement. Le malade connaît et distingue bien les couleurs, mais ne peut pas bien différencier les nuances du bleu. L'odorat et le goût sont normaux.

Des tremblements de la langue, laquelle garde les impressions dentaires. Des tremblements des doigts des deux côtés. Le signe de Biernacki existe aussi de chaque côté. Le réflexe cubital des extenseurs et fléchisseurs conservé. Le réflexe pharyngien normal; les réflexes rotulien, plantaire et crémastérien diminués. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale est conservée pour le toucher, la température et la douleur (cette dernière paraît même un peu exagérée); mais le malade ne peut pas localiser d'une façon précise le point piqué.

Au cœur, on constate un souffle au premier temps avec maximum à la pointe. L'hypochondre droit est un peu douloureux à la pression. Rien de pathologique aux autres viscères et organes. Les ganglions inguinaux sont pris de deux côtés sans être pourtant absolument spécifiques.

Antécédents probables : la syphilis et l'alcoolisme.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, correcte, il se soumet avec quelque difficulté à l'examen, il exécute lentement ce que nous lui demandons de faire. Le regard fixe; la figure pâle exprime la douleur, la souffrance, la dépression. La perception conservée. L'association des idées, l'idéation sont altérées, le malade a l'idée qu'il est faible, malade, indigne, etc. L'intelligence et le jugement complètement altérés. La mémoire est affaiblie autant pour les faits récents que les faits anciens; de même le pouvoir d'abstraction est amoindri. La volonté est diminuée, la sphère morale gardée, les sentiments affectifs amoindris.

Le malade est propre, dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il ne présente pas d'hallucinations, ni de zoopsies. Il refuse à manger, on doit insister longtemps pour le faire manger; mais cette insistance l'irrite et le rend impulsif et agressif.

Observation XVI. — Le nommé Jean Parv..., âgé de 32 ans, pâtissier, entre à l'hospice le 27 juillet 1896.

De ses antécédents nous apprenons qu'il a toujours eu un caractère mélancolique, qu'il a une sœur aliénée, un père mort d'apoplexie. Sa maladie date depuis huit mois, quand il a eu le malheur de perdre un enfant âgé de huit mois, syphilitique.

Notre malade est de taille moyenne, présente un peu d'asymétrie faciale, les lobules des oreilles adhérents. La voûte du palais profondément excavée. Les dents très mal implantées et usées. Les pupilles égales réagissent bien. Il n'y a pas de tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Le réflexe pharyngien conservé. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs exagérés. Les réflexes plantaire et crémastérien conservés. Le réflexe rotulien exagéré. Il n'y a pas de trépidation épilepsoïde.

Les ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux sont pris, sans être pourtant absolument spécifiques. Au tibia on sent la crête irrégulière et avec des aspérités nombreuses. Les clavicules semblent épaissies, surtout la gauche, vers son extrémité interne. Les poumons sont normaux, mais la respiration se fait plus lentement et incomplètement. Les battements cardiaques sont lents et éloignés, mais on ne constate pas de bruits anormaux; pouls faible, 60 pulsations par minute. Le foie est augmenté de volume et douloureux. La sensibilité générale est un peu diminuée aux jambes, mais il localise assez bien.

La sensibilité spéciale est bonne; le malade ne distingue pourtant pas assez bien les couleurs. Le goût est un peu émoussé mais conservé.

Etat psychique. — L'aspect du malade est humble, les larmes aux yeux, très émotif, il s'accuse d'avoir injurié Dieu et d'avoir volé des gâteaux. En cas d'être jugé, il préfère qu'on le condamne. Sa mémoire est assez bien conservée. Les sentiments affectifs et pudiques conservés. Il a parfois des hallucinations auditives.

En somme une dépression générale de ses facultés, une paresse dans tous ses actes. Il est indécis et anxieux et ne présente aucun délire bien systématisé. Il dort sans hypnotiques. Le sommeil est pourtant interrompu par des rêves terrifiants. Il est propre.

Le 10 janvier 1897, survient une attaque congestive, avec plusieurs (13) accès épileptiformes complets, qui débutent par la moitié droite. La figure est cyanosée, les conjonctives sont congestionnées. La miction et la défécation sont involontaires à la fin des accès.

Les pupilles inégales, la gauche beaucoup plus dilatée, les globes oculaires déviés en haut et à droite, les pupilles rigides. La sensibilité générale à la douleur complètement abolie, de même les réflexes. On lui met douze ventouses scarifiées et on applique le traitement décongestif habituel. L'état comateux dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, quand le malade succombe.

Observation XVII. — Le nommé Constantin-G. Coman, âgé de trente ans, entre à l'hospice le 3 août 1896.

Etat physique et stigmates. — On observe de l'asymétrie cranienne et faciale, la bosse pariétale gauche est plus prononcée. Les lobules des oreilles adhérents, très petits. Les dents assez bien implantées, éloignées les unes des autres surtout à la mâchoire supérieure. La voûte du palais très excavée. Les ganglions lymphatiques tous pris, mais sans présenter de caractères spécifiques. Les clavicules épaissies de deux côtés surtout au tiers moyen symétriquement, mais sans caractère syphilitique. Sur la jambe droite une cicatrice irrégulière, étendue, adhérente à l'os. L'os est épaissi, à la suite d'une ostéite de nature probablement tuberculeuse, elle date depuis l'âge de dix ans.

Les pupilles sont égales, réagissent bien directement (isolément) et par association. Le réflexe pharyngien aboli, le réflexe cubital est normal. Les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs un peu augmentés. Il n'y a pas de tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Il y a tendance aux états catatoniques. Le réflexe rotulien très augmenté; le réflexe plantaire est aboli, le réflexe crémastérien bien diminué.

La sensibilité générale à la douleur est retardée et bien diminuée sur toute l'étendue du corps, localise mal. Le goût et l'odorat pervertis. La marche lente et sans sûreté.

Comme parole il est à noter que le malade répond très difficilement, après de longues insistances nous obtenons quelques mots incomplets. Les poumons sont normaux, la respiration se fait lentement, elle est rare et incomplète. Les battements du cœur sont rares et éloignés. Le pouls est très faible, diminué comme fréquence. Les autres organes sont normaux.

Etat psychique. — L'attitude du malade est humble, il est continuellement couché par terre, sans parler, sans manifester aucune impression de ce qui arrive autour de lui ou de ce qu'on lui dit. Il se prête facilement à l'examen médical, mais sans bonne volonté et sans résignation. Il reste les yeux fermés, ne veut pas répondre aux questions, ainsi il nous est impossible d'apprendre s'il a un délire systématisé, au contraire il ferme obstinément la bouche, en se mordant la lèvre inférieure et en faisant la grimace.

Observation XVIII. — Le nommé G. Flor..., âgé de vingt-six ans, tapissier, entre à l'hospice le 17 septembre 1896.

Etat physique. — Le malade est de taille moyenne, de bonne constitution et bien développé; présente quelques stigmates de dégénérescence : de l'asymétrie faciale, le côté gauche plus développé, le crâne trop développé par rapport à la face, la région occipito-pariétale plus large que la frontale, crâne natiforme, hérédosyphilitique. Les oreilles perpendiculairement insérées. Les

dents irrégulières et usées. La voûte du palais est très excavée. Les pupilles contractées égales, la droite est irrégulière; elles réagissent bien directement et moins par association.

Le malade ne distingue pas bien les diverses nuances des couleurs. L'odorat et le goût sont conservés. La langue offre de légers tremblements et garde les impressions dentaires. La parole n'est pas altérée. Les doigts tremblent moins. Le réflexe pharyngien diminué; les réflexes des fléchisseurs et des extenseurs sont normaux; le réflexe rotutien est diminué à droite, les réflexes plantaire et crémastérien presque abolis. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche est normale. La sensibilité générale conservée pour le toucher et la température, celle à la douleur diminuée aux jambes, où le malade ne peut pas préciser l'endroit où il a été piqué. Aucun souffle au cœur. Les autres organes sont sains. Les ganglions inguinaux pris des deux côtés, paraissent spécifiques. Les tibias et clavicules sont réguliers.

Etat psychique. — L'attitude du malade est très tranquille, il reste retiré, le regard triste, la figure contractée, attitude et regard caractéristiques de la mélancolie, les mains froides et cyanosées, le pouls petit, refuse les aliments, se soumet à l'examen, mais exécute difficilement ce qu'on lui demande, un manque d'énergie et volonté caractéristique. Le patient se tient à l'écart et s'éloigne des autres malades, il lie sa verge avec des chiffons et du fil jusqu'à produire une congestion veineuse. Peut-être que cet acte est en rapport avec son délire mélancolique.

La perception est conservée. L'association des idées et l'idéation semblent altérées, mais on ne découvre pas de délire bien systématisé, il accuse pourtant un de ses voisins qui voulait lui faire du mal et qui lui chuchotait des menaces, ce qui prouve des hallucinations auditives mais non caractéristiques. Il ne présente pas d'auto-accusations.

L'intelligence et le jugement sont conservés. La mémoire semble diminuée surtout pour les faits récents. Le pouvoir d'abstraction intact. Les sentiments affectifs et la sphère morale diminués. Il est propre, dort bien, n'a pas de zoopsies ni hallucinations. Il mange, mais après bien des insistances.

Observation XIX. — La nommée Athène Madgear, âgée de quarante ans, entre à l'hospice le 1er novembre 1895.

Etat physique. — Taille moyenne, très faible, la couleur des téguments jaunâtre, terreuse. La face est légèrement asymétrique, le côté droit plus développé que le gauche. Les oreilles insérées perpendiculairement, les lobules larges, minces, non adhérents. La voûte du palais large et peu profonde. Les dents gâtées manquent en grand nombre, même les molaires. Les incisives supérieures tout à fait usées.

Les pupilles égales, dilatées, réagissent directement et par association. Il n'y a pas de tremblements de la langue ni des lèvres. Le réflexe pharyngien conservé. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs conservés. Il n'y a pas de tremblements des doigts. Les réflexes rotulien et plantaire conservés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.



Fig. 10. — Groupe de mélancoliques (femmes).

La sensibilité générale est exagérée pour le toucher et la douleur. La sensibilité spéciale conservée, la malade reconnaît bien les couleurs et distingue les nuances.

Légère ovarie. Les mouvements respiratoires lents. Le pouls très faible et à peine perceptible. Les extrémités froides et cyanosées. Odeur fétide de l'haleine. Le foie est augmenté de volume, dépasse les fausses côtes, la pression sur l'hypocondre droit est douloureuse, de même celle de l'épigastre. Les ganglions inguinaux sont petits, durs, nombreux, mais non spécifiques. Les tibias et clavicules réguliers.

Etat psychique. — La malade garde une attitude tranquille et convenable, le regard est vague, scrutateur et timide. Elle se soumet difficilement à l'examen et est récalcitrante aux questions. La volonté est conservée, mais elle exécute très difficilement ce que nous lui disons. Elle nous répond négativement à toutes nos questions, en disant qu'elle a déjà répondu à d'autres docteurs ce que nous lui demandons. La mémoire paraît conservée. L'idéation et le raisonnement sont profondément altérés.

Elle a un délire hypocondriaque; elle dit qu'elle est collée à la colle forte, à la glu, que tous ses organes sont malades, qu'elle veut mourir parce qu'elle a commis un péché devant Dieu, avec son cousin, elle dit qu'elle a souffert et souffre encore beaucoup à cause de ce péché et qu'elle veut mourir à cause de cela. Elle nous dit encore que le plus grand bien que nous ferons sera de la tuer pour qu'elle échappe à tant de souffrances. Elle a des hallucinations; il lui semble que quelqu'un l'appelle la nuit quand elle dort, qu'elle parle à Notre-Dame. Elle n'a pas de zoopsies. Elle mange peu. Ne dort pas trop bien. Elle est propre.

Observation XX. — Le nommé Jean-D. Coudrutz, âgé de trente-six ans, laboureur aux champs, entre à l'hospice le 30 novembre 1896.

Etat physique et stigmates. — Le malade est de taille moyenne, bien constitué et développé, présente comme stigmates de dégénérescence : le crâne très développé globuleux, mais sans asymétrie, la région occipitale proéminente, la bosse frontale gauche déprimée; la moitié gauche de la face plus développée que la droite, la commissure naso-labiale droite effacée.

Les oreilles insérées presque perpendiculairement, l'oreille gauche un peu plus grande que la droite. Les lobules à moitié adhérents, le lobule gauche plus grand que le droit. La voûte du palais est très excavée. Les dents supérieures et inférieures usées. La luette petite déviée à gauche. Les pupilles contractées, égales, la droite est irrégulière, elles réagissent bien directement et par association, à la lumière et à l'accommodation. Il ne connaît pas la couleur bleue et ses nuances. Le goût conservé, l'odorat perdu pour certaines odeurs, excepté l'éther.

Des tremblements de la langue, qui garde les impressions dentaires, elle est un peu déviée à droite; on constate aussi des tremblements aux lèvres quand le malade montre ses dents et quand il tire la commissure labiale gauche en dehors; il y a aussi des tremblements des doigts. Le signe de Biernacki existe de deux côtés. Il y a aussi un commencement de signe de Romberg. Le réflexe pharyngien aboli, les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs conservé ; le réflexe rotulien exagéré et surtout à gauche, le réflexe plantaire bien diminué, le réflexe crémastérien un peu diminué à droite.

La sensibilité générale est conservée pour le toucher et la température; à la douleur un peu retardée, le malade ne peut pas localiser l'endroit où nous le piquons. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le malade a des pituites matinales et du pyrosis. Les bruits du cœur sont rudes, parcheminés ; les battements cardiaques rares, le pouls petit, étroit, 60 pulsations par minute. Les ganglions inguinaux sont pris des deux côtés, mais sans présenter les carac-

tères spécifiques. Les clavicules et les crêtes des tibias un peu rugueuses.

Les autres organes et viscères sont sains.

Etat psychique. — Attitude convenable, humble, la figure contractée exprime la tristesse, le regard dirigé en bas, le malade est toujours debout, retiré dans un coin et éloigné des autres malades. Il se soumet à l'examen, exécute ce qu'on lui demande, mais avec beaucoup de lenteur, un manque d'énergie et de volonté est manifeste dans tous ses mouvements et tous ses actes. Il répond à nos questions, mais seulement après de longues insistances et après que nous ayons répété plusieurs fois la même question. L'association des idées et l'idéation sont altérées. Il s'accuse d'être coupable, mais sans spécifier de quelle faute, et demande qu'on lui donne une autre punition, qu'on l'envoie en prison; car pour ses fautes il n'est pas assez puni d'être retenu à l'hospice et de rester continuellement debout.

Il semble avoir des hallucinations auditives. Il a eu et a des zoopsies. L'intelligence et le jugement conservés, de même que la mémoire. Les sentiments affectifs et la sphère morale ne sont pas altérés. Il dort bien sans l'aide des hypnotiques. Il mange, mais seulement après insistance, il refuse la viande parce qu'elle le rend malade. Demande à faire maigre.

OBSERVATION XXI. — La nommée Rosa Cleisch, âgée de trente-trois ans, ménagère, entre à l'hospice le 6 mars 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, constitution débile, les téguments pâles, le système osseux et musculaire peu développés. Présente comme stigmates de dégénérescence : la bosse frontale droite déprimée, le dos du nez présente une proéminence qui n'est pas normale. Elle n'offre pas d'autres asymétries faciale ou cranienne. Les lobules des oreilles sont adhérents. Les dents supérieures et inférieures petites et usées, les incisives supérieures éloignées, une partie des molaires cariées. La voûte du palais très excavée.

Antécédents. — Malade depuis le 10 février 1896. Le père de la malade est mort il y a huit ans, probablement à la suite d'une paralysie générale, d'après ce que raconte la mère de la malade qui nous dit qu'il avait le délire des grandeurs (il disait qu'il avait beaucoup de bétail, beaucoup d'argent, etc.; la parole était altérée). La mere de la malade est bien portante, n'abuse pas des alcooliques. La malade a encore trois sœurs qui vivent et sont bien portantes. La malade a eu dix enfants, dont trois avortements, deux sont morts une semaine après la naissance et un autre plus petit a été tué par sa mère.

Dix jours après le dernier accouchement elle a subi une grande peur, par le fait que la maison voisine prit feu. Après l'accouche-

ment, son caractère commençait à changer, elle devient triste, soupçonneuse; elle se plaignait que son mari tarde beaucoup le soir, peut-être qu'il a une amoureuse.

Elle aimait beaucoup ses enfants. mais dernièrement elle est devenue indifférente. La maladie lui est venue graduellement, mais le 10 février elle devient plus prononcée; elle n'était pas impulsive, ne proférait pas des expressions triviales; elle se tenait plutôt retirée, indifférente à ce qui l'entourait, de temps en temps elle prononçait le mot « diable » qu'elle répétait chaque fois qu'elle voyait une personne étrangère. Elle refuse les aliments ainsi qu'on est forcé à la nourrir.

A l'*examen physique* on constate que la malade présente deux cicatrices au niveau de l'union du manche du sternum avec son corps, de même une autre cicatrice à la partie interne et supérieure de la jambe droite. Les pupilles égales, régulières, réagissent directement et par association; le réflexe pharyngien est diminué, les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux; les réflexes rotulien et plantaire ne sont pas augmentés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche normale.

La sensibilité générale paraît retardée pour le toucher et pour la douleur; normale pour la température. Elle n'offre pas des tremblements de la langue, des lèvres ni des doigts. Le goût est perverti, elle dit que l'acide citrique a un goût amer. Odorat est normal. Pas d'ovarie. Les ganglions cervicaux et inguinaux sont de volume habituel. Les clavicules et les crêtes des tibias sont régulières. Les bruits du cœur sont lents, mais on n'entend pas de souffle. Le pouls est petit, rare (62 pulsations par minute). Les extrémités sont froides et cyanosées. Les poumons sont normaux. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes, mais il est douloureux à la pression.

Etat psychique. — L'attitude de la malade est très abattue, le regard fixe et dirigé en bas, rien ne l'intéresse de tout ce qui l'entoure. La perception est normale, elle répond aux questions avec beaucoup de difficulté et seulement si nous insistons longtemps sur la même question. La parole très lente et basse, presque imperceptible. La mémoire de quelques rares réponses que nous recueillons paraît conservée. Elle exécute ce que nous disons de faire, mais bien difficilement. Nous ne pouvons préciser si elle a des illusions ou des hallucinations.

Après bien des insistances, elle nous avoue avoir égorgé son dernier enfant, mais qu'elle a fait cela dans un moment de folie et après avoir rêvé la nuit une tête d'enfant. Les sentiments affectifs paraissent diminués, parce que, en lui demandant si elle veut que nous lui amenions ses enfants pour les voir, elle reste indifférente.

Nous arrivons de même à n'avoir aucune réponse si elle regrette le crime commis. Nous n'avons pas pu découvrir un

délire quelconque; elle ne présente pas d'auto-accusation. Elle n'a pas de l'incontinence, pas d'insomnie. Elle sort bien améliorée en janvier 1898.

Observation XXII. — La nommée Safta Dem. Stef, ménagère, âgée de trente ans, entre à l'hospice le 22 août 1897.

Etat physique. — De taille moyenne, constitution et développement faibles. Comme stigmates de dégénérescence : la bosse pariétale droite déprimée; asymétrie faciale, le côté gauche est mieux développé. Les oreilles ont les lobules adhérents. La voûte du palais est excavée. Les dents supérieures et inférieures bien implantées. Les inférieures usées, les supérieures éloignées les unes des autres.

La malade présente une ulcération à la jambe gauche; plusieurs petites ecchymoses aux membres inférieurs. Des vergetures abdominales s'étendant sur la partie supérieure des cuisses.

Les pupilles sont dilatées, égales, régulières, réagissent bien directement et par association, par réaction sensitive, c'est-à-dire en piquant la malade sur le corps. Le réflexe pharyngien est conservé. Il y a des tremblements de la langue, moins des lèvres. La contraction idéo-musculaire est un peu augmentée, de même les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs sont augmentés. Le réflexe rotulien est conservé. Le réflexe plantaire est aboli. La sensibilité générale au toucher et à la doulenr paraît conservée, quoique la malade ne puisse pas préciser si nous la piquons avec la tête ou la pointe de l'épingle; de même elle ne localise pas bieu et parfois se retient à souffrir des piqûres profondes. A l'esthésiomètre, au tronc et aux membres elle répond à une distance de 6-8 centimètres. Elle reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. L'odorat et le goût normaux. Il n'existe pas d'ovarie, pas de trépidation épileptoïde.

Du côté des organes respiratoires rien à noter. Au cœur, les battements sont rares, faibles, éloignés. Le pouls faible. Rien de pathologique du côté des autres organes. Les ganglions inguinaux pris de chaque côté, surtout du côté gauche, à cause de l'ulcération de la jambe. Pas de signes de syphilis.

Etat psychique. — L'attitude est tranquille, la mine un peu triste et plaignante. Elle se soumet à l'examen, mais exécute bien lentement et sans énergie ce qui nous lui disons. Elle répond à nos questions mais seulement après de longues insistances et toujours en soupirant. L'attitude dénote encore l'humilité, le regard est fixe et immobile. En cherchant un délire quelconque, nous trouvons de l'auto-accusation. La malade répète continuellement qu'elle n'a tué personne, mais qu'elle a mis le feu à de la paille qui se trouvait à la maison, mais plus tard elle nous dit que ce sont ses enfants qui y ont mis le feu et pas elle. Une autre fois,

elle a détruit une cheminée; elle a fait tout cela à cause d'une douleur qui lui est venue à la tête, elle avait perdu la vue, son mari l'a battue, ensuite ses filles l'ont liée.

Elle déclare avoir vécu toujours en bonne intelligence avec son mari, malgré qu'il arrivât parfois ivre à la maison, elle avoue des habitudes alcooliques mais non des abus. Elle nous dit qu'elle a eu huit enfants, trois garçons sent morts, il lui reste encore cinq filles vivantes! Elle ne sait pas nous dire la cause de la mort de ses enfants. Elle n'a eu aucun avortement, elle a eu deux accouchements gémellaires. La mémoire paraît diminuée pour le présent et le passé. Les sentiments affectifs sont conservés pour son mari et pour ses enfants. Elle dort bien sans l'aide des hypnotiques. Elle mange bien et convenablement. Elle est propre. On ne constate pas d'hallucinations ni de zoopsies. Elle n'a pas d'impulsions. Elle parle continuellement, pleurant de temps en temps, même étant seule, à voix basse et faible, elle raconte tout ce qui lui est arrivé. La malade succombe le 5 juillet 1897.

Observation XXIII. — La nommée Dorothea Oelhausen, gouvernante, âgée de vingt-sept ans, entre à l'hospice le 27 juin 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, de faible constitution, ne présente pas à la surface du corps des traces de violence. Comme stigmates de dégénérescence : il n'y a aucune asymétrie cranienne ou faciale, les pavillons des oreilles bien conformés, les lobules adhérents, la voûte du palais excavée, les dents bien implantées.

Les pupilles sont égales, dilatées, régulières, réagissent directement et par association à l'accommodation et par réaction sensitive. Le réflexe pharyngien est un peu diminué. Les réflexes des extenseurs et des fléchisseurs normaux. Le réflexe rotulien légèrement augmenté. Le réflexe plantaire conservé ainsi que la contraction idéo-musculaire.

La sensibilité générale conservée pour le toucher et la douleur, toutefois elle paraît un peu retardée. Elle n'a pas de plaques analgésiques ou anesthésiques. Elle ne répond pas pourtant à l'esthésiomètre. Le goût et l'odorat conservés. Elle reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. Elle n'a pas d'ovarie, ne présente pas de trépidation épileptoïde. Les bruits du cœur sont normaux. le pouls est tout petit; les extrémités froides. Le foie normal, ainsi que la rate. Rien de pathologique à noter du côté des autres organes. Pas de signe de syphilis.

Etat psychique. — La malade se tient habituellement à l'écart, ne fraie et ne parle pas avec les autres malades. Sa figure dénote la souffrance, son regard est fixe, elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui l'entoure. Elle parle très peu, répondant avec grande peine à ce que nous lui demandons et c'est à peine perceptible. Elle dit

qu'elle ne s'appelle pas Dorothea Oelhausen, mais Mina Klapenbach, qu'on a changé son nom. Elle a des auto-accusations; ainsi elle nous dit qu'elle n'est pas digne de vivre, elle nous dit encore qu'elle a des ulcérations, qu'elle est une prostituée, etc.

La mémoire est conservée, mais elle ne peut pas nous donner des indications depuis quand elle est malade et comment la maladie lui est venue. Elle demande avec insistance à partir à la maison, disant qu'elle veut aller chez son mari. Elle n'a pas d'illusions ni d'hallucinations. Elle refuse les aliments, à ce point qu'on est forcé de recourir pour la nourrir à la sonde. Elle dort très peu.

Elle contracte une stomatite infectieuse intense, son état général empire beaucoup, on la traite par des lavages antiseptiques, etc. Comme état psychique, elle se trouve dans un état d'inquiétude continuelle, demandant à partir chez elle. Elle succombe le 13 septembre 1897.

Observation XXIV. — La nommée Rosa Otoleac, domestique, âgée de cinquante ans, entre à l'hospice le 28 juillet 1897.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne et développement médiocre; rien de bien particulier à noter comme symptômes physiques. De pouls est petit et lent; les extrémités froides. Des réflexes et la sensibilité sont à l'état normal. La malade présente de nombreuses cicatrices provenant des plaies qu'elle se fait elle-même pour calmer les piqûres qu'elle sentait comme des aiguilles qui lui traversaient le corps. Pas de signe de syphilis. Quelques stigmates de dégénérescence à noter : le crâne volumineux, le front petit, la bosse frontale gauche un peu déprimée, les régions pariétales très développées. Elle a les pavillons des oreilles perpendiculairement inserés, les lobules grands et non adhérents. Les dents irrégulières, l'incisive moyenne gauche surpasse en longueur les autres dents voisines, le maxillaire supérieur est étroit, irrégulier; les molaires en partie absentes. La voûte du palais excavée.

Etat psychique. — La malade est retirée d'habitude, elle ne parle pas aux autres malades. Sa figure exprime la souffrance. Elle se considère comme coupable, car étant née par sa mère pour devenir « Soleil » et pour monter au saint Dieu; mais n'écoutant et n'obéissant ni à Dieu ni à ses parents, elle est restée femme.

Elle s'accuse d'avoir mangé, car elle ne devait manger que ce que Dieu lui donnait. Elle nous dit que le soleil doit changer de cinquante ans en cinquante ans. Elle dit qu'elle a commis tant de péchés qu'on ne peut plus en parler, entre autres elle dit avoir péché envers son mari. Elle n'a pas été convenable devant les hommes, car elle chante et rit sans parler. Elle s'accuse encore que sa mère l'a envoyée à l'école et qu'elle n'a rien appris. Dieu a parlé avec elle et l'a réprimandée d'avoir fait tant de maux;

même les images saintes pendues aux murs parlent avec elle. On voit par là qu'il existe des hallucinations. La mémoire est bien conservée. Le raisonnement et l'association des idées sont bien altérés. Les sentiments affectifs sont gardés, de même le sentiment de la pudeur. Elle mange, mais le plus souvent forcée. Elle dort bien.

Après quelque temps de séjour à l'hospice, l'état de la malade paraît un peu amélioré, elle dit qu'elle est mieux chez nous, elle répond plus rapidement aux questions. Elle mange et de bon appétit. Ce mieux est pourtant éphémère et trompeur, car la malade succombe le 12 octobre 1897.

Ce cas entre dans la forme de mélancolies décrites sous le nom de mélancolie religieuse (Dagonet). On pourrait aussi bien le placer dans le cadre des dégénérés à délire mystique.

Observation XXV. — La nommée Maria V. Mardare, ménagère, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hospice le 10 août 1897.

Etat physique. — De taille moyenne, de bonne constitution, ne présente pas des traces de violence sur le corps.

Comme stigmates de dégénérescence : le crâne petit, le front de même ; elle ne semble pas avoir des asymétries cranienne ou faciale ; les lobules des oreilles adhérents dans toute leur étendue; l'arcade dentaire supérieure dépasse l'inférieure, les dents supérieures larges, les inférieures irrégulières. La voûte du palais n'est pas excavée. La malade présente au grand doigt de la main droite une plaie presque cicatrisée, provenant d'après ce que dit l'acte médico-légal d'une morsure.

Histoire de la maladie. — La malade âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis vingt ans ; son père était alcoolique et est mort il y a douze ans. De son mariage sont nés cinq enfants, dont trois garçons et deux filles. Sa maladie date de l'automne 1896, quand elle sentit une pesanteur et une douleur à la région épigastrique et précordiale, s'irradiant vers la tête, disparaissant pour revenir de nouveau. Elle se plaint encore maintenant de douleur de tête.

Le 20 juin 1897, étant à la maison avec un de ses enfants, âgé de onze ans, malade de la fièvre, elle le prit de son lit, le porta dans une hutte voisine et le pendit à une corde. Dans la lutte qui doit avoir eu lieu entre la mère et l'enfant, ce dernier la mordit au grand doigt de la main droite. L'acte médico-légal dit que la malade accomplit ce crime parce qu'il lui semblait que l'enfant était un chien.

Maintenant malgré toutes nos insistances pour nous dire le motif qui l'a poussée à commettre cet acte, elle ne nous dit rien prétextant qu'elle-même ne sait pas comment cela lui est venu.

Etat psychique. — La malade est dans un état d'inquiétude continuelle, son regard est interrogateur, elle se plaint pendant tout

le temps de notre examen, en nous demandant de la laisser partir; lui demandant pourquoi elle pleure, elle nous dit qu'elle n'en sait rien ; mais en amenant la conversation sur ce qui est arrivé, elle tâche d'en éviter le pénible souvenir, et nous avoue qu'elle est coupable. Son front est continuellement ridé, probablement parce que l'idée et l'image du crime lui sont toujours présentes. La mémoire paraît conservée, elle se rappelle les noms de ses enfants; mais en la questionnant plus longtemps, elle nous dit qu'elle ne peut plus rien nous dire, étant occupée maintenant par d'autres pensées.

Le jugement et l'association des idées ne semblent pas bien altérés. Elle se plaint et se lamente de temps en temps en serrant les poings. On ne constate aucun délire. Elle n'a pas de zoopsies, nie les abus alcooliques.

Les sentiments affectifs paraissent conservés, la malade désirant voir ses enfants et son mari. Elle dort peu la nuit, se promenant dans la chambre et se lamentant. Elle soupire souvent en se frappant la tête. Elle mange bien et est propre.

Observation XXVI. — Le nommé Mincou (G. Barzéo), laboureur des champs, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 18 novembre 1897.

Etat physique. — Le malade est de taille moyenne, de constitution forte en apparence. Le système musculaire, le système osseux ainsi que le tissu cellulaire très bien développés. Les téguments ne présentent pas d'autres altérations, qu'une perte de l'élasticité de la peau qu'on observe au dos des mains, le malade ayant souffert antérieurement de la pellagre. Comme stigmates de dégérescence à noter :

Une légère asymétrie cranienne; la partie supérieure de la région fronto-pariétale gauche est plus déprimée que la partie correspondante du côté opposé.

On constate de même une asymétrie faciale, la joue gauche est plus allongée que la droite. Sous la commissure labiale gauche existe une dépression cicatricielle (à la suite d'un abcès, d'antrax d'après ce que nous dit le malade). Les dents incisives inférieures sont disposées d'une façon vicieuse, elles chevauchent les unes sur les autres. La voûte du palais est excavée. Le petit orteil du pied gauche manque, à la suite d'un traumatisme, d'après ce que nous dit le malade.

La pupille gauche semble plus dilatée que la droite. Les pupilles réagissent lentement et difficilement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de diplopie. Le malade distingue bien les couleurs et les nuances. Le sens de l'ouïe est diminué. Le goût et l'odorat sont conservés mais notablement affaiblis.

La langue présente de légers tremblements et garde les impressions dentaires. Le sens du toucher est conservé. La sensibilité

cutanée est diminuée, mais il n'y a pas de plaques d'anesthésie. Le réflexe pharyngien est conservé. Les réflexes rotulien et plantaire bien diminués, presque abolis.

Il n'y a pas de trépidation épileptoïde. La marche est difficile.



Fig. 11. — Minc. Bazy (mélancolie avec stupeur).

Le malade marchant les yeux fermés, est pris d'oscillations (signe de Romberg). Il ne peut pas rester sur un pied. Il présente aussi de légers tremblements des doigts. La force musculaire est très diminuée.

L'appareil respiratoire est normal. Le cœur est normal; mais le pouls est petit, contracté, filiforme. Le malade accuse des douleurs dans la région de l'hypochondre et de l'épigastre. Le foie et la

rate sont normaux. Le malade souffre de la constipation. La vessie est énormément dilatée par paresse des muscles vésicaux; on retire par la sonde un litre et demi d'urine.

Etat psychique. — Le malade est très déprimé. La mémoire est diminuée tant pour les faits récents qu'anciens. Il répond difficilement aux questions. L'attention lui manque. Il nous dit qu'il a eu huit enfants, dont trois sont morts, mais il ne peut pas nous dire la cause de leur mort. Les sentiments affectifs sont diminués. Il nous dit qu'il est pauvre et qu'il vit de son travail. Il ne peut pas faire un calcul, il n'a pas la notion du temps. L'idéation est diminuée. Il nous répond à un seul mot, il ne peut pas former une phrase, souvent il ne fait que répéter lentement ce que nous lui disons.

Le malade doit être forcé pour manger.

Ses mouvements sont très lents, en imprimant divers mouvements à ses membres, en les mettant dans diverses positions, ils restent fixes, figés; le malade semble privé de volonté, et ne change de position qu'après quelque temps, bien tard et bien lentement; il semble même que ses membres tombent et reviennent à leur situation normale plutôt grâce à leur propre poids que par ordre des centres moteurs.

La perception est très réduite. Le malade paraît éprouver une très grande difficulté et déployer un travail notable dans son cerveau, pour pouvoir mettre ses lèvres en mouvement et pour parler.

Observation XXVII. — La nommée Smaranda-J. Radulex, âgée de trente-trois ans, entre à l'hospice le 15 janvier 1898.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, de bonne constitution et bien développée; le système osseux et musculaire ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané amplement développés. Comme stigmates de dégénérescence : une légère asymétrie cranienne, le côté gauche étant plus déprimé que le droit. Les dents sont régulières, à remarquer seulement que l'arcade dentaire supérieure recouvre l'inférieure. La voûte du palais est normale. Les lobules des oreilles adhérents, petits; les pavillons sont bien conformés et normalement insérés. La malade présente quelques ecchymoses à la région fessière droite produites par la chute, mais ces ecchymoses sont sans importance.

Les pupilles sont égales, dilatées, régulières; elles réagissent tardivement à la lumière, directement et par association. La vue est conservée et normale, la malade reconnaît bien les couleurs et différencie les nuances. Le réflexe pharyngien est conservé. Le réflexe rotulien est normal, le réflexe plantaire diminué. Il n'y a pas de tremblements de la langue ni des doigts. La sensibilité générale est diminuée, elle paraît pourtant bien localiser l'endroit où elle a été piquée, mais il nous est impossible d'avoir une

réponse de la part de la malade, nous ne pouvons rien apprendre de bien précis.

Il n'y a pas de plaque d'analgésie, d'anesthésie, d'hypéresthésie, etc. On ne peut pas se rendre compte si le goût et l'olfaction se trouvent à l'état normal. Il n'y a pas de signe de syphilis.

Etat psychique. — La malade se tient dans une attitude penchée, en priant; elle ne veut pas absolument être examinée, elle nous repousse et ne se laisse pas toucher; c'est seulement avec la force et à grand'peine que nous avons obtenu quelques points, données d'examen physique; elle est incapable de nous dire quelque chose.

L'expression de la figure est bien caractéristique d'une mélancolique en stupeur. Inerte, immobile, figée. Elle fuit le monde, les autres malades, les infirmières, etc. Elle se tient retirée dans un coin, sans prononcer une parole, sans demander la moindre chose même la plus nécessaire et indispensable. Elle refuse de se coucher dans son lit, on est forcé de lui appliquer la camisole et la tenir liée à son lit. On la nourrit à la sonde.

Observation XXVIII. — La nommée Anastasie Dragan, ménagère, âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hospice le 22 janvier 1898.

Etat physique. — La malade est de taille moyenne, le tissu cellulaire complètement disparu, le système musculaire médiocre, le système osseux bien conformé. La tête ne présente pas d'asymétrie. Les oreilles sont petites, perpendiculaires, les lobules petits et adhérents. La voûte du palais est ogivale. De nombreuses dents manquent.

Les pupilles légèrement dilatées, réagissent bien à la lumière, mal à l'accommodation. Il n'y a pas de nystagmus ni de diplopie monoculaire. Le sens chromatique est normal. Le goût paraît un peu diminué. Il y a des tremblements de la langue et des doigts. Le réflexe pharyngien est conservé.

La sensibilité générale à la douleur est conservée en grande partie, la malade précise bien les attouchements faits avec la tête d'une épingle et les piqûres de la pointe. Il y a des plaques d'anesthésie et d'analgésie à la jambe gauche et à la fesse droite; aux bras la sensibilité est normale. Il n'y a pas d'ovarie.

Du côté des organes thoraciques nous trouvons aux sommets des poumons une expiration rude et une expiration prolongée. Les battements du cœur sont éloignés, le pouls est rare et faible. Le nez et les extrémités sont froids.

Comme *antécédents.* — La malade nous apprend qu'elle a eu sept enfants, dont un seul est vivant (quatre avortements).

Les parents de la malade sont morts, mais elle ne sait pas de quoi.

La malade n'abusait pas des alcooliques, tout en en usant modérément.

Etat psychique. — La malade est continuellement agitée, elle pleure sans cesse, nous dit qu'elle est malade, attaquée de la poitrine, que le Dr Asaky a dit cela, que nous ne pourrons rien lui faire; que Dieu ne pourra lui venir en aide et encore moins nous.

Les bruits que font les autres malades de l'hospice, sont tout de suite interprétés par elle dans le sens de son délire, c'est-à-dire que les malades lui crient qu'elle est attaquée. Continuellement elle tâche de nous persuader qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, qu'elle doit être désinfectée, qu'elle va mourir, qu'elle est perdue.

L'expression de sa figure nous montre le découragement et même le désespoir, surtout au moment de l'auto-accusation : quand elle nous dit qu'elle doit mourir pour son nom, quoiqu'elle ne sait pas ce qu'elle a fait, parce qu'on l'a endormie, on l'a enfumée et qu'elle ne peut pas s'en rendre compte. La parole n'est pas altérée. Les réponses sont claires et nettes. Elle est continuellement dominée par ses idées hypochondriaques, se demandant sans cesse : Où aller? Quoi faire pour échapper, quoiqu'elle sache qu'elle va mourir. Elle sait et sent qu'elle va périr; elle sent que tout son corps n'est qu'une vermine, qu'elle est toute pourrie. Elle nous dit continuellement qu'elle exhale une odeur putride.

De son délire d'auto-accusation nous déduisons les observations suivantes : la malade se plaignant nous dit qu'une grande honte plane sur elle et consiste dans le fait qu'on a édité une brochure contre elle; que tout le monde est contre elle; qu'étant enfant de quatre ans elle a eu des relations avec un garçon, puis qu'elle est accusée d'avoir eu des rapports avec les animaux et que c'est à cause de cela qu'elle est tombée malade et qu'elle souffre tant et qu'elle cherche à échapper à cette vie ; surtout que tout le monde a mis un pulvérisateur pour se désinfecter de son approche ; tous les magasins sont fermés, parce qu'elle est contagieuse et donc à quoi bon vivraitelle encore? elle nous prie de la tuer pour qu'elle échappe à la honte, et puis elle est aussi attaquée et pourrie.

Elle pleure sans cesse qu'elle n'a pas de repos, qu'elle est perdue. Elle nous repousse de près d'elle, parce qu'elle sent mauvais. La mémoire est bonne, elle nous dit qu'elle est née à la Saint-Pierre. La malade nous raconte assez bien ses antécédents. Elle n'a pas bien la notion du présent; elle ne sait pas le jour, le mois et pas même l'année dans laquelle nous sommes. En la mettant à faire des calculs même un peu compliqués, elle nous répond exactement.

Le raisonnement est altéré. Elle nous dit qu'elle est ici dans un autre hôpital, où on soigne de toutes les maladies et qu'elle est aussi dans un asile d'aliénés, et qu'ici on amène des malades qui n'ont pas les moyens de se soigner à la maison, et si elle a été amenée dans un hospice d'aliénés, c'est pour les folies qu'elle a commises étant enfant. Elle nie absolument être folle maintenant;

mais peut-être que la maladie qu'ella a, lui a troublé le cerveau et comment en pourrait-il être autrement quand toutes les malades crachent quand elles la voient?

Elle n'a aucun délire systématisé quelconque, de persécution, de grandeur, etc. Elle a des hallucinations nocturnes avec caractère terrifiant; elle voit des ours et d'autres animaux qui l'attaquent. Des hallucinations auditives aussi à caractère terrifiant. Les sentiments affectifs sont conservés. Elle est très émotive. Elle n'a pas d'illusions. Continuellement agitée, inquiète. Elle mange seule et est propre.

Elle ne dort pas et a des tendances au suicide. On institue le traitement opiacé à doses progressives, ainsi que des injections de morphine de temps à autre, qui amènent une notable amélioration au bout de deux mois.

Observation XXIX. — Le nommé Costea Constantin..., âgé de vingt-huit ans, ouvrier, entre à l'hospice le 11 février 1898.

Etat physique.— Le malade est de taille moyenne, très amaigri; des lésions de décubitus aux deux régions trocantériennes; tendances au décubitus à la région sacrée. Plusieurs cicatrices dans la région des épaules et sur le dos; leur coloration est cuivrée, mais elles ne sont pas adhérentes à l'os ; à la jambe et au pied droits une éruption pustuleuse, plusieurs excoriations sur le thorax et l'avant-bras droit.

Comme stigmates de dégénérescence : le crâne est brachycéphale, présentant la région occipito-pariétale plus saillante à gauche. Le front étroit; les oreilles petites, perpendiculairement insérées ; les lobules sont adhérents. La voûte du palais est profonde. Les dents sont régulières ; la face est symétrique.

Les pupilles un peu dilatées, égales, régulières ; réagissent bien directement et par association à l'accommodation et par réaction sensitive. Le malade reconnaît les couleurs et leurs nuances. Peu de tremblements de la langue, mais plus manifestes aux doigts. Le goût et l'olfaction sont conservés. L'excitabilité des nerfs cubitaux est exagérée, la pression des troncs nerveux est douloureuse.

Le réflexe pharyngien est diminué, le réflexe rotulien est exagéré, le réflexe plantaire aboli, le réflexe testiculaire diminué. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale au toucher, à la douleur et à la température conservée partout. Le sens musculaire est conservé. Le malade ne répond pas normalemement à l'esthésiomètre. Le pouls est petit, faible, filiforme. Le nez et les extrémités sont froids et un peu cyanosés. Les battements cardiaques sont irréguliers.

Les ganglions inguinaux sont spécifiques de la syphilis, les

crêtes tibiales rugueuses. Les clavicules épaissies. Les autres organes et viscères sont sains.

Etat psychique. — L'attitude du malade est humble, sa figure exprime une profonde dépression; elle trahit une grande anxiété avec concentration interne; le front fortement ridé montre une grande inquiétude et préoccupation. Déprimé au physique et au moral, sans énergie dans ses actes; en le questionnant il tourne son regard d'un autre côté, et ne fait aucune attention à ce que nous lui disons.

Le malade se trouve dans une immobilité absolue et garde un mutisme complet, le regard fixé à terre, sans répondre à aucune de nos questions; nous ne pouvons même pas le décider à nous faire un signe d'affirmation ou de négation.

Insistant dans nos questions et nous adressant d'une façon bien douce, ou en le menaçant, tout est en vain, nous n'arrivons pas à le faire sortir de son mutisme. Au plus si nous arrivons à le faire prononcer quelques mots, mais si bas et chuchotés qu'ils sont incompréhensibles.

Il est bien difficile de juger sur son état psychique, et s'il a un délire d'auto-accusation caractéristique de son état mélancolique, délire qui paraît exister, mais que le malade refuse à nous avouer. On ne peut pas savoir s'il a des hallucinations visuelles ou auditives; seul, le malade garde la même immobilité, humilité, mutisme. Malgré cet état grave de mélancolie, le malade mange assez bien, mais il ne dort pas et est incontinent.

Observation XXX. — Le nommé Démitre Georg..., prêtre, âgé de trente-deux ans, entre à l'hospice le 20 mai 1898.

Etat physique. — Le malade est petit de taille, constitution et développement faibles, sans traces de violence. Il présente seulement les traces d'un séton qu'on lui a appliqué à la région cervicale. Comme signes de dégénérescence à noter : une asymétrie faciale. Les oreilles perpendiculaires, les lobules adhérents ; la voûte du palais ogivale ; les dents usées, régulières.

Les pupilles sont dilatées, égales, régulières; elles réagissent bien directement et par association à la lumière et à l'accommodation et par réaction sensitive. Il n'y a pas de diplopie monoculaire, pas de nystagmus ni de dyschromatopsie. Le goût et l'olfaction normaux. Quelques légers tremblements de la langue et des doigts. Le signe de Biernacki existe à droite et à gauche à l'état commençant. Le réflexe pharyngien est bien diminué. La contraction idéo-musculaire est conservée; les réflexes des extenseurs, des fléchisseurs et des cubitaux sont augmentés; les réflexes rotuliens surtout bien augmentés; les réflexes plantaires sont diminués, les réflexes crémastériens conservés. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité générale au toucher est conservée ; la sensibilité à la douleur un peu diminuée aux bras, sur les parties externes des cuisses et des jambes où le malade ne peut pas localiser les piqûres. A l'esthésiomètre le malade répond à 4 centimètres



Fig. 12. — Prêtre Georg. Dém... (mélancolie simple).

au tronc et aux membres supérieurs ; à 5 centimètres pour les cuisses et la jambe gauche ; à 8-10 centimètres pour la jambe droite. Il n'y a pas de signes de syphilis. Le foie douloureux à la pression, de même l'épigastre ; il a des pituites matinales et du pyrosis. Les autres organes et viscères n'offrent rien de pathologique.

Etat psychique. — Le malade est convenable, l'attitude est tranquille, il est obéissant ; il répond aux questions, mais il s'arrête parfois au cours de sa narration sans vouloir continuer. Il nous dit qu'il a eu la jaunisse il y a sept ans. Il avoue toutes les querelles de famille à cause de la dot de sa femme et avec ses

frères à cause de l'héritage des parents, chose pour laquelle il croit qu'il fut amené à l'hospice. Il nous déclare encore qu'il s'est querellé à l'église, il y a quatre ans, avec son beau-père pour la dot de sa femme ; depuis lors il sentit son esprit se troubler, qu'il était étourdi, qu'il ne pouvait plus faire son service divin, car il observa qu'il ne pouvait plus avoir une suite et un ordre dans ce qu'il faisait. Il a consulté alors plusieurs médecins : tous lui ont conseillé de s'abstenir des alcooliques ; mais lui, croyant que les médicaments qu'on lui donnait étaient empoisonnés, a continué à prendre des alcooliques.

Après cela il fut transporté au monastère de Tziganesci, où on lui fit des lectures saintes. Étant au monastère il lui sembla que sa mère voulait le vendre aux Juifs ou le tuer, fait qu'il déduisit à cause d'une querelle qu'il observa entre les nondes du monastère ; alors il frappa sa mère avec une chaise à la tête et cela au milieu de l'église. Il a des idées de persécution ; il accuse toute sa famille au sujet de sa fortune, ainsi qu'un de ses voisins auquel il acheta quelques terres ; à cause de ce voisin il évita de se quereller avec sa femme de peur que le voisin ne lui fasse de sorcelleries. Il avoue des abus des boisson alcooliques.

Ramené de nouveau au monastère, il dit que des hommes venaient chez lui avec des couteaux pour le surveiller ; il vit alors l'un d'eux faire de l'œil à sa femme et lui demander s'il faut ou non le frapper avec le couteau. Il a des zoopsies. Il voyait régulièrement le diable tous les soirs se mouvoir sur les murs ; il lui semblait alors qu'il s'enfonçait dans la terre et que le diable voulait vendre ses enfants pour leur faire prendre le sang. Il n'a pas d'hallucinations auditives. Il avait et a encore une peur inexplicable.

L'intelligence est conservée ; le raisonnement est défectueux, faux ; il nous dit qu'il a été amené à l'hospice pour qu'on lui prenne l'interrogatoire et la déclaration, car le monde l'accus d'avoir cassé la tête à sa mère.

La mémoire est conservée. L'orientation dans le temps est erronée, il ne se rend pas compte du jour et de la date à laquelle nous sommes. Il se rappelle le nombre de ses enfants. Il a encore deux frères, dont un a été interné dans une maison de santé. Etant à la maison il a commis plusieurs tentatives de suicide : une fois il a voulu se pendre, une autre fois s'empoisonner avec de la créoline. Il avoue l'habitude de la masturbation. Autrement rien de morbide.

Après cette phase qui présenta tous les caractères d'un délire de persécution et qui dura pendant cinq ans, le patient tomba dans un état de dépression, sa figure exprime la tristesse et l'abattement. Le regard est pensif, la tête est penchée ; il répond bien aux questions que nous lui posons, bien que très lentement. Il n'accuse aucune douleur, mais dit qu'il est souffrant, malade et dans cet état de mélancolie depuis six ans.

Il se plaint aussi de souffrir de la constipation, qu'il reste cinq jours, jusqu'à une semaine, sans aller à la selle; que cet état alterne avec de la diarrhée. Autrement il mange bien, et toujours de bon appétit. Il dort bien la nuit et est propre. Ses sentiments sont bien diminués, il n'exprime aucunement le désir de retourner chez lui pour voir sa femme et ses enfants. La mémoire ne paraît pas bien atteinte; il se rappelle encore toutes les péripéties par lesquelles il a passé il y a six à huit ans, pendant sa phase de délire de persécution.

Cette dernière observation est surtout intéressante pour nous montrer une mélancolie qui a fait suite à un délire de persécution chez un alcoolique.

Anatomie pathologique. — Du relevé de 50 autopsies de mélancoliques faites dans ces dix dernières années à notre hospice, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

La psychose mélancolique trouve, comme altération pathologique : une anémie des centres nerveux encéphaliques et peut-être médullaire, plus rarement une congestion que nous avons trouvé pourtant dans quelques cas; un liquide céphalo-rachidien abondant dans les ventricules cérébraux, remplissant les anfractuosités et sillons des circonvolutions, œdème de la pie-mère, de l'arachnoïde et de la substance cérébrale. Cette lésion surtout fréquente est presque caractéristique de la mélancolie avec stupeur. Les veines dilatées, engorgées, les artères rétrécies.

Dans 3 p. 100 environ des cas, nous avons trouvé les lésions confirmées de la paralysie générale; ici la mélancolie n'a été que le tableau clinique extérieur (l'*habitus clinique*) d'une paralysie générale dépressive à début mélancolique.

Comme lésions viscérales dont l'influence sympathique est admise par beaucoup d'auteurs, nous avons trouvé en effet que le foie était atteint et malade dans *presque tous* les cas : soit une congestion marquée ; soit une altération, régression granulo-graisseuse ou graisseuse; soit une hypersécrétion biliaire, des calculs biliaires, etc.

Les poumons étaient souvent pris; environ 80 p. 100 des malades ont succombé à la suite de la tuberculose dont on a trouvé les lésions à l'autopsie. Dans un cas nous avons trouvé des ecchymoses scorbutiques, multiples, cutanées, périphériques et viscérales de l'intestin et des séreuses.

RECUEIL DE FAITS.

NOTE SUR UN CAS D'HÉRÉDITÉ RÉGRESSIVE;

PAR LES DOCTEURS

S. GARNIER, Médecin en chef, directeur de l'Asile de Saint-Ylie.

ET

A. SANTENOISE, Médecin adjoint de l'Asile de Saint-Ylie.

Un hasard tout à fait exceptionnel nous a permis d'observer récemment un exemple si net de régénérescence, ou comme on dit encore d'hérédité régressive qu'il nous a semblé utile de le publier.

Morel a supposé que la dégénérescence de l'espèce était une déviation maladive d'un type primitif et il a écrit qu'à moins *de circonstances exceptionnelles de régénération*, les produits des êtres dégénérés offraient des types de dégradation progressive, qu'enfin il n'était pas nécessaire que ces types atteignissent le dernier degré de la dégradation pour qu'ils restassent frappés de stérilité.

Dans notre observation, il s'agit d'un cas positif de véritable régénération. En effet, le sujet qui, d'après Morel, aurait dû être stérile ou tout au moins donner naissance à un produit tout à fait taré, a, au contraire, donné le jour à un rejeton mâle tout à fait normal, dont l'existence ne nous a été révélée fortuitement que par sa visite aussi inopinée que tardive à sa mère internée. Sans cette circonstance, nous eussions sans doute continué à penser que cette dernière, puisqu'elle avait été jadis rendue mère, n'avait pu accoucher que d'un enfant idiot, tandis que le rejeton en question est manifestement intelligent et bien constitué. Etant sous-officier en activité de service, il a été en outre soumis au corps à une certaine sélection. Il est bien entendu que nous n'avons aucun renseignement précis sur le géniteur mâle ni sur les conditions dans lesquelles la conception a eu lieu. Tout ce que nous pouvons donner, ce sont les quelques détails qui suivent sur la malade elle-même.

R..... M....., fille-mère, d'âge inconnu à l'entrée, a été admise à l'établissement des aliénés du Jura, le 10 janvier 1878. Elle a été notée comme idiote et en effet, outre les nombreux signes de dégénérescence qui vont être relevés, elle ne possédait alors aucune notion des choses les plus élémentaires et ne pouvait répondre qu'aux questions les plus simples. Au point de vue de la mentalité, elle a constamment présenté depuis, des accès intermittents d'agitation maniaque pendant lesquels on la voit déchirer ses vêtements, pousser des cris. Elle est d'ailleurs grossière, malpropre et incapable, dans les périodes de calme, de toute occupation.

Aujourd'hui âgée de cinquante à cinquante-cinq ans, sa constitution physique offre les stigmates et les particularités ci-après : asymétrie faciale ; prognathisme ; voute palatine en ogive ; dents disparues à l'exception des quatre incisives inférieures ; mains et doigts courts ; ongles larges et courts ; poitrine aplatie latéralement ; saillie des côtes à la jonction de l'os et du cartilage costal ; chapelet rachitique costal ; genu valgum des deux côtés ; genoux gros ; tibias recourbés ; pieds dirigés en dehors ; impossibilité actuelle de marcher autrement que sur les mains et les genoux.

Les quelques mensurations ci-après ont pu être faites.

Hauteur totale.	1m	46
Envergure	1	45
Circonférence de la tête	0	50
Demi-circonférence antéro-postérieure (de la protubérance occipitale à la racine du nez).	0	30
Longueur de la main	0	6
— du pouce	0	5
— de l'index.	0	7 1/2
— du majeur	0	8

Voici maintenant les deux photographies, de la mère et du fils ; leur comparaison sera par elle-même très démonstrative et très instructive.

Il est bien certain que ce cas indéniable de régénération est dû à des circonstances exceptionnelles, déjà prévues par Morel et parmi lesquelles le facteur mâle a dû jouer le principal rôle, puisque le produit conçu témoigne d'un état qu'on peut considérer comme normal, bien que le facteur femelle ait été, comme on l'a vu, profondément taré. Il s'ensuit donc que la dégénérescence n'est pas fatale et qu'elle se trouve parfois tellement enrayée qu'il peut se faire dans des circonstances très difficiles, il est vrai, à dégager, un retour imprévu et manifeste à un type, sinon primitif, du moins

supérieur. De cette manière la régénérescence du type s'accomplit d'une manière obscure, mais certaine ; ce qui explique comment la dégénération de l'espèce humaine doit être beaucoup plus lente qu'on ne le pense généralement.



Fig. 13.

Au surplus, le fait que nous relatons, donnerait jusqu'à un certain point raison à la théorie de Veissmann. Cet auteur nie, en effet, l'hérédité des caractères acquis et distingue dans l'organisme humain deux parties distinctes : d'une part l'organisme de l'individu lui-même ; d'autre part le plasma

germinatif (spermatozoïdes et ovules). Tandis que le premier serait pour une cause ou pour une autre, atteint de dégénérescence, le second pourrait néanmoins demeurer intact et normal.



Fig. 14

Quoiqu'il en soit de cette théorie et d'autres hypothèses que peut suggérer la constatation de notre cas de régénération. celui-ci n'en apparaît pas moins comme un fait rare et d'autant plus intéressant qu'il constitue précisément une exception bien nette à la loi de Morel, d'après laquelle, la malade que nous avons observée, en raison de son propre

degré de dégénérescence, aurait dû être frappée de stérilité, ou tout au moins, en cas de grossesse, accoucher d'un produit des plus tarés et dont l'existence aurait dû être très limitée.

ORGANISATION DES ASILES.

LES ASILES D'ALIÉNÉS DE FRANCE ET LES ASILES D'ALIÉNÉS D'ANGLETERRE ET D'ÉCOSSE;

Par le Dr TAGUET.

« Les asiles étrangers s'affirment, sur les nôtres par une écrasante supériorité. — Les médecins étrangers qui, en fait d'assistance, n'ont plus rien à apprendre chez nous, nous saluent, comme on salue une nation qui s'en va. — Ici tout est vieux, par delà l'Océan ou les Vosges, tout est progrès. »

Ces trois phrases résument, assez bien, tout ce qui a été dit et écrit, dans ces dernières années, sur nos services d'aliénés et ont servi de thème pour demander aux pouvoirs publics une refonte complète de notre législation.

Justement ému par un état de choses qui menaçait le bon renom de nos institutions d'assistance, le Conseil général de la Seine, dans sa session de novembre 1897, nommait une commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Écosse. Son rapport vient d'être déposé. Eh bien ! qu'on se rassure, il se passera encore bien des années, avant que nous soyons tributaires de l'étranger, ainsi qu'on va en juger.

Mais, tout d'abord, qu'il nous soit permis de rendre l'hommage le plus mérité à la droiture, à la sincérité du rapporteur, M. le Dr Toulouse, il a eu d'autant plus de mérite à mettre les choses au point, qu'il s'était fait, un peu inconsciemment peut-être, le champion d'un état de choses qu'il ne connaissait que très imparfaitement. Son rapport sera une véritable déception pour les réformateurs qui prennent leurs inspirations à l'étranger. Encore une mission et notre confrère de Villejuif et ses amis passeront dans le camp des vieux bonzes (*les vieux bonzes ce sont MM. Christian, Ritti, Doutrebente et moi qui avons le mauvais goût de ne pas partager complètement les idées de M. Marandon de Montyel*) où

ils apporteront leurs jeunes et ardentes aspirations, nous les suivrons avec l'expérience que donne l'âge, et l'habitude des hommes et des choses.

En France, les placements d'office, les seuls dont nous aurons à nous préoccuper dans cette analyse, sont ordonnés, à Paris, par le préfet de police, et dans les départements par les préfets sur la production d'un certificat médical dûment motivé. Les ordres des préfets doivent énoncer, en outre, les circonstances qui les auront rendus nécessaires.

En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin, ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les départements, peuvent ordonner à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

« En Angleterre, lorsqu'un officier de charité apprend qu'une personne indigente ou non indigente, considérée comme aliénée est négligée ou maltraitée par ceux qui l'ont en garde, il doit en informer l'autorité judiciaire qui examine ou fait examiner le malade par deux médecins... Les aliénés indigents non maltraités sont placés d'une manière analogue. Lorsque le médecin des pauvres a connaissance qu'un indigent résidant dans son district est ou paraît être aliéné, il en donne avis au commissaire des pauvres ou, à son défaut, à l'inspecteur de la paroisse. Celui-ci en informe le juge qui, en recevant cet avis, mande la personne aliénée devant lui ou devant un autre juge. Ce dernier examine le malade où il veut et le fait visiter par un médecin ; après telles enquêtes qui lui paraîtront convenables, s'il est convaincu de la folie de l'individu et de la nécessité de l'interner, il délivre un ordre de placement. »

Il peut arriver que les malades soient interrogés par le juge en audience publique, mais c'est exceptionnel, ajoute M. le Dr Toulouse : Je le crois sans peine ; outre que cette comparution en justice est anti-médicale, elle peut, suivant certaines circonstances être immorale au dernier degré. Et dire que cette disposition de la loi anglaise figure, sans aucune restriction, dans le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 présenté par MM. Magnien et Gambetta à une époque, il est vrai, où la loi scélérate était, du matin au soir, sur la sellette !

Un ordre d'internement peut encore être signé par des *commissionners* au nombre d'au moins deux, si après avoir soumis à l'examen médical un indigent supposé aliéné, ils sont convaincus que la personne est réellement aliénée. Prise ainsi entre deux pouvoirs, civil et judiciaire, la liberté individuelle ne court pas grand risque ; mais n'est-il pas étrange que la loi enlève toute responsabilité, même morale, aux médecins qui ne sont consultés

qu'à titre d'experts! Ne peut-on pas se demander, en outre, si la lenteur apportée dans le placement, par suite de formalités aussi nombreuses que variées, est sans danger pour le malade et pour la société, et l'on sait que la folie n'attend pas.

Maintien. — Enfin, voilà l'aliéné interné ; il s'écoulera un mois avant que le médecin ne soit appelé à constater officiellement son état mental; mais par contre, l'autorité administrative aura exercé son contrôle de toutes les manières, sans compter que la loi anglaise édicte à la fois son traitement et le régime auquel il est soumis, c'est ainsi qu'elle défend l'application des moyens mécaniques sans nécessité « et dans ce cas le médecin doit motiver l'emploi de ces procédés sur un registre spécial. Tous les trois mois une copie de ce registre est envoyée aux commissionners. Toute infraction à cette obligation constitue un délit ».

Décidément, on se fait en Angleterre, une étrange idée des médecins pour qu'il soit nécessaire de les contraindre, je ne dirai pas à faire leurs devoirs, mais encore aux convenances, au respect qu'ils se doivent à eux-mêmes. M. le D[r] Toulouse trouve cette disposition de la loi très juste et il nous apprend qu'en France, dans certains asiles non laïcisés de province, on fait de véritables abus de la camisole de force. C'est possible, mais ce n'est certes pas la faute du règlement du 20 mars 1857. « Le droit d'ordonner l'emploi des moyens de contrainte, dit l'article 105, appartient exclusiment au médecin en chef. Si dans un intérêt de sûreté, les infirmiers ou les infirmières se trouvent forcés de recourir d'urgence à l'emploi d'un de ces moyens, ils doivent en rendre compte immédiatement au surveillant ou à la surveillante en chef qui sont tenus d'en informer dans le plus bref délai possible le médecin en chef. » Le rapport journalier qui est remis, chaque matin, au médecin et au directeur, relate fidèlement le nombre et la nature des moyens mécaniques employés et les diverses circonstances qui les ont motivé.

Comme moyens de traitement, la loi anglaise préconise : 1° le travail dans les ateliers ou dans les champs. Si le rendement, là-bas, est bien supérieur à celui que nous obtenons dans nos asiles de la Seine, bien que le travail y soit absolument gratuit, alors que chez nous il reçoit une rétribution qui varie de 10 à 30 centimes par jour, cela tient à des circonstances que nous avons fait connaître ailleurs et dont le remède est tout entier dans cette proposition : subordination dans une mesure à déterminer des chefs d'atelier au service médical; 2° les promenades régulières et journalières dans les jardins auxquelles prennent part tous les malades, sauf les infirmes et les malades agités ; alors que, chez nous, ces promenades n'ont lieu que deux fois par semaine. Je reconnais que ces promenades peuvent constituer un puissant moyen de traitement et faire très agréablement diversion à l'exis-

tence monotone de nos préaux qui n'ont guère que le quart de l'étendue qu'ils devraient avoir ; 3° les jeux de toutes sortes, les bals, les concerts, les pique-niques, des visites dans les foires. Autant je suis partisan des promenades, des jeux et, à la rigueur, des concerts, des représentations théâtrales, bien qu'elles n'aient pas donné en France les résultats qu'on pouvait en attendre, autant je suis l'ennemi déclaré des exhibitions des malades dans les foires, dans les assemblées publiques. Par contre, la loi anglaise qui, cependant, a tout prévu, est muette sur le traitement médical proprement dit, cela nous explique comment il se fait que le traitement hydrothérapique et pharmaceutique soit presque inconnu, dans les asiles d'Outre-Manche. On sait qu'à force de vouloir tout réglementer, on arrive à paralyser toute initiative et tout progrès.

Une heureuse disposition de la loi anglaise qui n'existe pas chez nous, nous dit M. le Dr Toulouse, est celle qui accorde au malade la liberté d'écrire à qui bon lui semble, « quiconque s'oppose à cette prescription légale est passible d'une amende que n'excède pas 500 francs ». Toujours pratiques ces bons Anglais ! La loi française se borne, en effet, à déclarer que l'on ne pourra retenir les lettres adressées à l'autorité judiciaire ou administrative. Mais s'en suit-il qu'ils ne puissent librement écrire à leurs parents, à leurs amis, et si ces lettres ne partent pas toutes, cela tient à des questions de convenance, ou de secret médical. Quant à répondre, comme cela existe en Angleterre, à toute personne qui, par un sentiment de curiosité, s'immiscie à des affaires qui ne la regardent pas, c'est une autre affaire.

Les commissionners, au nombre de onze pour toute l'Angleterre, sont tenus de visiter les asiles au moins une fois par an, et comme le chiffre des administrés atteint près de cent mille, on voit à quoi peut se borner leur contrôle. En France, le préfet ou son délégué, le président du tribunal et le procureur de la République du ressort dans lequel est placé l'asile, le maire de la commune, peuvent pénétrer, à chaque heure du jour et de la nuit dans nos asiles, sans parler des inspections spéciales relevant du ministère de l'Intérieur. Ces visites, ces inspections, ne se font pas, dira-t-on, d'une manière régulière, mais est-ce la faute de la loi si on ne s'applique pas ? mais l'autorité administrative, de qui relèvent les aliénés en France, n'est pas moins mise au courant de l'état du malade par les certificats médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine, par les notes mensuelles, par les rapports individuels et, dans les asiles de la Seine, par une visite spéciale d'un médecin inspecteur de la préfecture de police. Si avec ce surcroît de formalités, de précautions, il existe dans nos asiles je ne dirai pas des personnes séquestrées indûment, mais des oubliées, c'est qu'on y aura mis de la complaisance et de la ténacité.

En France, un aliéné amélioré ou non, est toujours autorisé à faire des promenades extérieures, s'il est accompagné d'un infirmier, ou confié à un parent, à un ami. A l'asile de Vaucluse, les malades qui sont autorisés à sortir dans ces conditions atteignent, dans mon service, un chiffre très respectable.

En Angleterre, les aliénés peuvent également sortir de l'asile mais sous certaines réserves. « Si des personnes résidant dans le voisinage de l'asile se plaignent que les malades sortent sans un nombre suffisant de gardiens, ou errent sans surveillance, les *commissionners* peuvent faire une enquête et édicter telles prescriptions que le directeur ne peut enfreindre sans se rendre coupable. Cette disposition légale a été votée dans un amendement postérieur à la loi et semble dirigée contre la pratique de l'open-door qui n'est pas très en faveur en Angleterre ». On nous avait pourtant dit que l'open-door y fleurissait dans toute sa beauté !

Sorties. — Les congés d'essai, en Angleterre, sont de deux sortes : ceux qui n'excèdent pas quarante-huit heures sont accordés par le médecin ; ceux qui ont une durée illimitée ne peuvent l'être que par deux visiteurs, ou par un commissionner, sur l'avis du médecin. Un parent, un ami, peuvent toujours provoquer les sorties à titre d'essai d'un aliéné, sous la réserve de lui assurer tous les avantages moraux et physiques qu'il peut trouver dans l'asile ; par contre ils reçoivent une allocation journalière. Sous ce rapport la législation anglaise est bien supérieure à la nôtre ; en France, en effet, les sorties à titre d'essai, n'ont pas force de loi, elles sont simplement tolérées et encore ne le sont-elles pas partout. Contrairement à ce qui se passe en Angleterre, ces sorties ne sont soumises à aucune formalité, si ce n'est à un engagement moral. Le malade est maintenu sur les contrôles de l'asile qui continue, ainsi, à percevoir ses frais d'entretien, du moins dans les asiles de la Seine, de telle sorte que tout est bénéfice pour eux ; il y a là une réglementation qui s'impose.

En France, toute personne placée dans un asile d'aliénés cesse d'être retenue aussitôt que le médecin déclare que le malade est guéri, ou qu'il peut vivre au dehors sans danger pour lui-même ou pour les autres, d'où deux sortes de sorties : sorties par guérison, sorties par amélioration.

En Angleterre, les sorties sont faites à la diligence des fonctionnaires, visiteurs ou commissionners, qui ont fait le placement. Ici, le médecin traitant n'est consulté qu'à titre d'expert, il peut faire opposition à la sortie, mais c'est une opposition purement platonique, du moment qu'on peut passer outre. En France, les tribunaux ont le même pouvoir, et s'ils en usent rarement c'est que chat échaudé craint l'eau chaude, tout comme en Angleterre probablement.

Service médical. — A la tête de chaque asile, il y a un Supérin-

tendant ou directeur-médecin, nommé par le Comité dont il n'est que le délégué. Dans une communication au Congrès aliéniste d'Angers du mois d'août dernier, M. le Dr Brunet nous apprend qu'il n'a jamais consacré plus d'un quart d'heure par jour à ses fonctions administratives durant ses trente-quatre années de direction médico-administrative. Qu'on ne croie pas que c'est là une simple boutade. On se fait dans le monde une étrange idée des fonctions d'un directeur administratif. Je n'oublierai jamais la déconvenue du Dr Deschamps, conseiller général de la Seine, en visite dans les asiles du nord, à la recherche d'arguments pouvant justifier, en apparence du moins, la séparation des fonctions médico-administratives dont il s'était fait le champion. Comme toutes les personnes étrangères à la vie d'asile, il avait cherché le directeur et n'avait trouvé que le médecin, suivant l'expression si juste de Falret, et il avait le bon esprit de le dire.

Ici encore, les partisans, ou pour parler plus justement les demi-partisans de la séparation des fonctions, car ce n'est plus qu'une affaire de degrés, n'ont pas manqué d'invoquer ce qui se passait à l'étranger. Eh bien ! que l'on compare la besogne écrasante du directeur-médecin anglais avec celle du directeur-médecin de nos asiles et personne, cependant, ne parle, là-bas, de la séparation médico-administrative. Il a, nous dit M. le Dr Toulouse une série d'obligations administratives dont voici les principales :

Dans le journal médical il mentionne chaque jour tous les faits importants à signaler au Comité et souvent ce rapport au sous-comité à chaque réunion. Il tient ou fait tenir sous sa responsabilité, le livre d'observations. Il tient personnellement le livre des restreints où il mentionne les noms de tous les malades qui ont été isolés ou attachés, et explique les motifs de ces mesures.

Il prépare et signe un certificat médical de tout nouvel entrant, il signale au Comité tous les cas de malades reçus à l'asile en état de restreint mécanique, s'ils présentent des blessures, etc... Il fait tous les six mois un relevé de l'état physique et mental des indigents et chaque année un rapport détaillé qui correspond à notre compte moral médical et administratif.

Il inspecte personnellement les quartiers, soit le soir, soit la nuit. Il désigne seul les malades qui peuvent assister aux exercices religieux, il les y accompagne ou s'y fait représenter. Il désigne ou il fait soigner le personnel, appelle un chirurgien dans les cas où il le juge nécessaire. Il fait une enquête touchant le caractère de tous les candidats à un emploi d'infirmier. Il surveille la situation financière et économique de l'asile, etc., etc...

La population des asiles publics varie de 2 000 à 2 500, et veut-on savoir quels sont les collaborateurs du superintendant ? Six ou huit médecins assistants suivant les asiles. Tout le passage qui les concerne est à citer, c'est une réponse aux partisans des petits

services, 300 au plus, dit M. Marandon de Montyel, 100, dit M. Le Filliatre, toujours à l'instar de ce qui passe à l'étranger.

« Placés sous l'autorité du superintendant, ils dépendent aussi individuellement du Comité des visiteurs de chaque asile. Ils représentent à la fois nos internes et nos médecins-adjoints. Ils doivent être, à l'exception du premier assistant, célibataires ; c'est le premier assistant qui remplace le superintendant absent. Ils se rendent dans leurs sections respectives au moins une fois par jour et durant la nuit, suivant les circonstances. En l'absence du superintendant, ou s'il est présent, avec son autorisation, ils font des visites dans les quartiers à des heures variables. Ils ne peuvent, sans l'autorisation du superintendant faire aucune modification à l'égard des gardiens. Ils doivent, pour le traitement des malades, suivre les instructions qui leur sont données par le superintendant... »

..... « Les assistants ont un rôle plus actif que nos médecins-adjoints, mais ils n'ont guère plus d'initiative et sont astreints a une discipline à laquelle on ne pourrait en France soumettre des internes. »

M. Marandon de Montyel qui appelle dédaigneusement nos médecins-adjoints des porte-queue, trouvera-t-il une expression qui rende sa pensée en parlant des médecins assistants anglais?

La moyenne des services, dans les conditions que nous venons de rappeler, est de 340 malades et, cependant, les guérisons y sont sensiblement inférieures à celles de nos asiles de la Seine qu'on nous représente comme des fabriques d'incurables, dont nous sommes les chefs inconscients; c'est là, il est vrai notre justification. Mais avec les petits services les guérisons augmenteront dans des proportions considérables, c'est du moins ce que nous promet notre collègue de Ville-Evrard, mais il faudrait commencer par débarrasser les services des idiots, des déments, des paralytiques généraux qui constituent les 9/10e de la population de nos asiles. Est-ce qu'on a la prétention de guérir ces malades ? Cela peut se dire dans un journal politique, mais on ne l'écrit pas dans un recueil scientifique. Les statistiques ont parfois quelque chose de bon, que M. Marandon se donne donc la peine de les consulter et de comparer les sorties des grands services avec les petits, toute proportion gardée; que ne consulte-t-il les siennes.

Nous n'aurions pas relevé toutes ces contradictions et toutes ces erreurs si elles n'avaient eu pour résultat de jeter le doute dans l'esprit des assemblées délibérantes. La conséquence de cette campagne, dont notre collègue de Ville-Evrard s'est fait le porte-drapeau, a eu pour premier résultat d'amener récemment la séparation des fonctions médico-administratives dans deux asiles d'aliénés, à Grenoble et à Rennes. Mais à côté de cela, constatons que les médecins-adjoints qu'on avait convié à un assaut de l'unité

des services tels qu'ils existent, n'ont pas suivi ; on s'est trouvé en face d'un état-major sans soldats.

Asiles écossais. — Les formalités de séquestration sont les mêmes, qu'il s'agisse d'un malade à placer dans un asile privé ou dans un asile public ; c'est en cela, surtout, que la législation écossaise se distingue des législations anglaise et française ; mais tout compte fait, elle se rapporte encore beaucoup plus à la notre en ce qui concerne les placements d'office, les seuls, nous le répétons, dont nous nous occupons dans cette analyse.

« En cas d'urgence, le malade peut être reçu à l asile d'emblée, sur la production d'un certificat médical, sauf régularisation par une ordonnance du shérif dans un délai de trois jours. C'est là un placement provisoire ». C'est, à quelque chose près, la reproduction de l'art. 19 de la loi du 30 juin 1838. Dans les autres cas, tout placement est soumis à une ordonnance du shérif, sur la production d'une demande ou pétition du Board et sur le vu de deux certificats médicaux établis par deux médecins différents, qui ne jouent ici, tout comme en Angleterre, que le rôle de simples experts. Disons, en passant, que l'utilité de ce double certificat a paru si contestable qu'il ne figure plus dans le projet de révision de la loi sur les aliénés, dont il avait été, tout d'abord, un des principaux éléments. Pas plus qu'en France, le représentant de la loi ne fait d'examen personnel.

Guéri, ou simplement amélioré, le malade peut quitter l'asile sur le simple avis du médecin, lorsqu'il s'agit d'un malade placé dans un asile privé. S'il s'agit d'un indigent ou d'un malade réputé dangereux, la sortie, dans le premier cas, ne peut être autorisée que par le Conseil de la paroisse ; dans le second, par le bureau des aliénés ou par procureur fiscal, suivant la situation pécuniaire des malades.

Les congés ou les sorties à titre d'essai, sont accordés dans les mêmes conditions qu'en Angleterre, leur durée varie d'un mois à un an. Leur nombre n'est pas très élevé : 138 pour une population de 6.500 malades. Mais il y a lieu de remarquer que les placements dans les familles tendent à diminuer considérablement le nombre des congés. C'est surtout en Écosse, et peut-être exclusivement, que se pratique le système de l'*open-door* qui dans ces derniers mois a été l'objet de discussions aussi violentes que peu courtoises à la *Société médico-psychologique*.

« On entend par par ces mots, dit le Dr Toulouse, un mode d'assistance qui laisse un certain nombre libres, sur parole, de circuler dans ou hors des asiles, dont les portes sont ouvertes ».

M. le Dr Toulouse a étudié l'*open-door* dans les trois principaux asiles d'Écosse, et comme rien n'est brutal comme un chiffre, nous allons donner le nombre des malades des deux sexes qui jouissent de ce mode de traitement, en dedans et en dehors des asiles. Mais

constatons, tout d'abord, que, seuls, profitent de cette liberté, les déments travailleurs, certains aliénés lucides et quelques convalescents, surtout des convalescents alcooliques, après une sélection des plus rigoureuses et, constamment, sous la menace d'en être privé à la moindre infraction.

« Il ne faudrait pas croire, dit Foville, que les malades sont libres de circuler ainsi et qu'ils soient livrés à eux-mêmes sans ordre et sans discipline. Loin de là, nulle part l'ordre ne paraît plus réel ; seulement les obstacles matériels ostensibles sont remplacés par la précision dans l'emploi du temps et dans l'enchaînement des occupations, et surtout par la vigilance qui doit diriger les aliénés dans tous les détails de leur existence journalière. »

Lors de la visite de la sous-commission du Conseil général, il y avait à l'asile de Murthley un tiers des malades hommes libres, sur parole, dans l'intérieur de l'asile ou de ses dépendances, et un huitième seulement pour les femmes, pour une population à peu près égale.

A l'asile Larbert, les proportions sont plus faibles pour les hommes et plus élevées pour les femmes. A l'asile de Morningside, la population libre est d'un quart pour les hommes et d'un dixième pour les femmes.

Les malades qui ont la liberté de sortir hors de l'asile après les heures de travail pour lequel, nous l'avons dit, ils ne reçoivent aucune rétribution, se répartissent de la manière suivante : Larbert, 47 hommes et 4 femmes sur une population de 500 malades ; à Morningside, 20, et à Murthley, 4 ou 5 sur 160. C'est à quelque chose près la proportion de malades absolument libres qu'on trouve dans certains asiles de province, qui font de l'open-door sans le savoir ; mais avec cette différence que leur entrée est constatée par le concierge, alors que ce fonctionnaire, dont le professeur Lasègue faisait malicieusement l'âme de nos asiles, manque absolument dans certains asiles écossais.

Que nous voilà loin de l'*open-door* préconisé et mis en pratique — idéalement — par M. Marandon de Montyel, ce qui ne l'empêche pas d'écrire : « L'*open-door* est si peu pratiqué que je l'applique en entier dans mon service depuis dix ans et que non seulement je n'ai pas eu de son fait le plus petit malheur à déplorer, Ville-Evrard est l'asile de la Seine qui, durant ces dix dernières années a eu le moins d'accidents, compte le plus grand nombre de travailleurs et a réalisé les plus gros bénéfices ». M. Josse parle d'or, on voit qu'il est orfèvre, mais à cela il faudrait des faits.

Tout ce qui est pratiqué dans l'*open-door* est ancien et tout ce qui est nouveau n'est plus pratique, a dit le Dr Brunet. Essayez donc, par exemple, de laisser circuler librement dans nos asiles comme cela existe en Écosse, les hommes et les femmes, alors même qu'ils prendraient l'engagement solennel ne ne pas se parler,

et vous verrez le joli cri d'indignation que vous soulèverez dans le public, sans parler d'autres choses.

Par sa disposition, par son affectation à un seul sexe, le 5e asile se prêtera on ne peut mieux au système de l'*open-door*, de l'*open-door* appliqué à une plus grande catégorie de malades, par suite de dispositions des locaux.

Les conclusions de M. le Dr Toulouse jurent un peu avec ses prémisses et je ne saisis pas bien en quoi la liberté individuelle est plus garantie en Angleterre et en Écosse que chez nous en ce qui concerne les indigents, par exemple. Quant aux malades placés dans les asiles privés, je me demande si cet appel orbi et urbi est bien nécessaire et serait bien accueilli en France, mais je reconnais volontiers que de ce côté il y a quelque chose à faire.

L'enseignement des maladies mentales est plus avancé en Écosse que chez nous, mais il est presque nul en Angleterre, il y a compensation, mais nous avons, sur les deux, l'avantage en ce qui concerne le traitement pharmaceutique et hydrothérapique.

A l'institution des *visiteurs*, des *commissionners*, n'avons-nous pas à opposer nos commissions de surveillance qui tendent de plus en plus, et avec raison à être des commissions administratives, et nos inspecteurs généraux. Si le contrôle s'exerce à l'étranger d'une manière plus utile que chez nous, il ne faut pas s'en prendre à nos règlements.

M. le Dr Toulouse demande pour le département de la Seine une organisation spéciale, la centralisation de tous les services d'assistance, aliénés, enfants assistés, vieillards et infirmes, placés dans les maisons de retraite, entre les mains d'un directeur général, comme cela existe pour les services relevant de l'assistance publique. Mais quelle nécessité d'une double direction ? une seule ne suffirait-elle pas du moment qu'on désire une centralisation complète ? Le système préconisé par M. le Dr Toulouse et celui que j'indique, ont été pris et abandonnés tour à tour ; y reviendra-t-on, il ne faut répondre de rien, car les services d'aliénés offrent cette particularité très remarquable qu'on ne s'aperçoit jamais de la disparition de rouages jugés momentanément nécessaires. Qui se souvient, en effet, de l'inspecteur général spécial aux asiles de la Seine ? Sait-on seulement qu'il existe, près le Ministre de l'Intérieur, des inspecteurs généraux d'assistance ? La loi du 30 juin 1838 place les aliénés sous la dépendance du Ministre de l'Intérieur ; la nouvelle loi soumise aux Chambres, les fait relever du Ministère de la justice, voilà ce qui s'appelle une refonte de la législation dont on ne voit pas très bien les avantages.

La création des colonies familiales, l'assistance familiale, la création d'hospices incurables, sont là des questions trop complexes pour être étudiées ici, mais nous y reviendrons dans un article spécial.

Tout est bien qui finit bien, et, tout compte fait, M. le Dr Toulouse n'a pas eu de peine à établir que nos asiles de la Seine peuvent souffrir la comparaison avec les asiles anglo-écossais qui ne sont, sans beaucoup de rapports, que des « établissements industriels » que le personnel médical y est mieux organisé, que nos gardiens sont plus stables et ont une instruction spéciale supérieure à celles de leurs collègues étrangers, que nos malades sont anssi bien traités et mieux nourris.

Est-te à dire que nous n'ayons rien à apprendre à l'étranger? Non; mais il semble que ce sont plutôt les architectes que les médecins ou les malades. Est-ce à dire encore que notre législation ne soit susceptible d'aucun progrès, d'aucune réforme? nous ne le pensons pas. Quoi qu'il en soit, l'assistance des aliénés est devant les Chambres et devant une Commission nommée par le Conseil général de la Seine, où chaque médecin est appelé à exposer nettement et loyalement ses idées et ses aspirations. Cette Commission, dont les travaux sont déjà commencés, apportera, j'en suis persuadé, des réformes aussi utiles que stables, mais ne ferait-elle qu'étendre et sanctionner légalement certaines mesures que ce serait déjà quelque chose.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Sur les altérations des cellules nerveuses, de la cellule pyramidale en particulier, dans la paralysie générale**; par le Dr Anglade.

La méthode de Golgi, précieuse pour les recherches d'anatomie normale, ne paraît pas apte à fournir des renseignements précis sur les altérations pathologiques des éléments qu'elle imprègne. Les résultats fournis par la méthode de Nissl, appliqués à la paralysie générale, donnent des indications dignes d'intérêt.

Dans un cas de paralysie générale à marche rapide, les préparations faites par l'auteur, de l'écorce grise de la circonvolution frontale ascendante et de la partie antérieure du lobe frontal du cerveau gauche ont montré que pas une des cellules nerveuses n'avait conservé ses caractères normaux.

La substance chromatique est la première atteinte. Dans la plu-

part des éléments, elle a perdu ses caractères : granulations et striations spéciales. La substance achromatique, plus difficile à étudier, paraît représentée par les fines travées qui se voient dans l'intérieur des cellules dont les granulations chromatophiles ont disparu.

La destruction de ces travées s'annonce par la formation de vacuoles, au pourtour de la cellule, vacuoles qui s'agrandissent peu à peu, jusqu'à ce que la destruction de la substance soit complète. Le noyau, qui reste le plus souvent dans le corps cellulaire, se comporte de deux façons différentes.

Tantôt atteint par la chromatolyse centrale, il est détruit sur place, fondu tout comme les granulations. Son espace clair est comblé par la substance chromatique dissoute; le nucléole se vacuolise très nettement et disparaît. Tantôt, au contraire, le noyau quitte le centre de la cellule, vient s'adosser contre la paroi où il prend des formes très irrégulières. Ainsi comprimé et ratatiné, il attend la fin de l'œuvre de destruction qui s'accomplit dans l'intérieur du corps cellulaire.

L'enveloppe de la cellule est parfois rompue. Elle a visiblement éclaté sous l'influence d'une tension considérable. Les contours sont toujours irréguliers. Les prolongements sont comme brisés, ou bien tortueux. Le prolongement protoplasmique principal est augmenté de volume.

En somme, il semble que, sous l'influence d'un agent nocif quelconque, la cellule voit disparaître successivement sa substance chromatique et sa trame achromatique. Lorsque celle-ci est détruite, le corps cellulaire ne garde plus sa forme; le noyau ne peut se maintenir à sa place. La cellule est frappée à mort, si le noyau disparaît complètement. Elle se régénère peut-être si celui-ci garde son intégrité. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. B.

II. **Modifications des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale dans un cas de délire aigu et dans un cas de delirium tremens**; par le Dr A. Hoch.

Les maladies somatiques peuvent produire des modifications dans la structure des cellules nerveuses; aussi une autopsie complète est-elle nécessaire pour interpréter les lésions rencontrées dans ces cellules. Dans les deux cas qui font l'objet de ce travail, l'autopsie complète démontra l'absence d'aucune autre maladie, d'aucune autre lésion organique en sorte que les altérations cellulaires constatées paraissent nettement se rattacher au processus pathologique ayant donné naissance à la psychose. Dans le cas de délire aigu se rencontre, dans les cellules nerveuses de l'écorce, une

altération presque uniforme consistant essentiellement dans la disparition de la substance chromatique de la cellule.

Le corps cellulaire et ses prolongements présentent une couleur générale uniforme; le noyau est diminué, de forme ovale ou triangulaire, homogène, de couleur sombre; la membrane nucléaire est invisible. Le nucléole est fréquemment élargi.

Ces altérations se présentent dans beaucoup de cellules de différentes parties de l'écorce. Toutefois dans les petites cellules pyramidales l'aspect est un peu différent : le corps cellulaire a l'aspect d'un réseau, d'un gâteau de miel, aspect que présentent aussi, en partie, les prolongements.

Dans le cas de delirium tremens, les altérations cellulaires sont les suivantes : le corps cellulaire est souvent en forme de massue ; sa substance chromatique a disparu : sous l'influence de la coloration il ne paraît ni homogène, ni granuleux, mais finement et indistinctement tacheté. Le noyau est soit élargi, soit de dimensions normales ; il présente de nombreuses granulations brillantes et la membrane nucléaire est plus apparente qu'à l'état normal ; le nucléole n'est pas élargi. Est-ce à dire que les altérations cellulaires constatées dans le délire aigu et le delirium tremens soient caractéristiques de ces deux affections? Nullement puisque ces altérations se retrouvent dans d'autres maladies somatiques. Ce qu'on peut dire, d'une façon générale, c'est que les symptômes qu'elles déterminent sont la somnolence et le coma.

Il paraît probable que ces modes d'altération des cellules nerveuses sont dus à une intoxication, sans qu'on puisse dire si cette intoxication fait partie du processus de l'affection ou si elle est secondairement amenée par lui. (*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

III. De l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie ; par le Dr Melville-Hibbard.

Depuis cinq années l'auteur a poursuivi ses recherches sur l'excrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie.

Les conclusions sont les suivantes :

1° La quantité de l'urine sécrétée et des matériaux solides qu'elle contient est généralement diminuée dans la mélancolie : elle augmente quand survient l'amélioration de la maladie; 2° sa densité est normale; 3° l'urée et l'acide urique sont en plus faible proportion qu'à l'état normal; 4° la diminution des excrétions nitrogènes est due, dans la plupart des cas, à une diminution dans l'ingestion des substances protéiques ; 5° le rapport de l'acide urique à l'urée n'est pas en relation constante avec l'état mental (*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

[illegible] et d'arrangement en tableaux des cas de folie; par le Dr Phelps.

- *A.* [illegible]
  - [illegible]
    - sans complications.
    - avec complications
      - paralysie agitante.
      - chorée des adultes.
      - apoplexie.
      - autres maladies cérébrales organiques.
  - *dû à une cause spécifique*
    - paralysie générale.
    - alcoolisme chronique.
    - démence syphilitique.
- *B. Cas tenant à une défectuosité initiale ou précoce.*
  - *vice congénital ou de la première enfance*
    - idiots
    - imbéciles
      - débilité mentale.
      - perversion sexuelle.
      - criminels.
      - autres perversions.
  - troubles survenus au cours du développement mental
    - folie de la puberté.
    - épilepsie.
    - paranoïa.
- *C.* Cas chroniques avant l'admission.
  - manie chronique.
  - mélancolie chronique.
  - démence terminale.
- *D.* Formes aiguës et curables (manies et mélancolies).
  - excitation légère.
  - excitation moyenne (manie aiguë ordinaire).
  - excitation extrême (délire aigu).
  - manie alcoolique.
  - dépression légère.
  - dépression moyenne.
  - dépression extrême.

(*American Journal of insanity*, avril 1898.) E. B.

V. **Méthodes actuelles de préparation du système nerveux** ; par le Dr J. Berkley.

Les méthodes de coloration pour l'examen du tissu nerveux dans sa structure la plus délicate, ont fait, au cours de ces dernières années, l'objet de nombreuses recherches. L'auteur donne une revue détaillée et intéressante qui pourrait servir d'introduction à un traité d'anatomie du système nerveux. Après avoir indiqué les divers procédés de conservation et de durcissement du cerveau ou du tissu nerveux, d'examen des tissus frais, d'inclusion pour les coupes, de fixation, il étudie par le détail chacune des méthodes de coloration employées, jusqu'aux plus récentes. C'est ainsi que sont décrites les méthodes de simple coloration par l'hématoxyline, le carmin, le picro-carminate, les couleurs d'aniline ; puis les méthodes spéciales : méthode de Nissl, de Rossolimo, de Rehm, d'Ehrlich ; les méthodes do coloration des gaines de myéline des fibres nerveuses, méthodes de Weigert, de Pal, de Vassale, de Marchi ; les méthodes aux sels de chrome et d'argent, méthode de Golgi, de Cajal, de Cox ; les imprégnations aux sels d'or, méthodes de Ranvier, de Golgi, d'Upson ; enfin les méthodes de coloration des terminaisons nerveuses et des vaisseaux sanguins. (*American journal of insanity.*) E. B.

VI. **Rapport préliminaire sur l'examen bactériologique de l'écorce et du liquide cérébro-spinal dans quarante-sept cas de folie** ; par le Dr Tomlinson.

En 1896, le Dr Babcock, dans un cas de délire aigu, trouva des streptocoques et des pneumocoques dans le liquide cérébro-spinal, ce qui l'amena à attribuer les conditions inflammatoires du cerveau à la présence de ces bactéries comme cause spécifique. Les recherches cliniques de l'auteur et ses études microscopiques sur les modifications de l'écorce dans la folie aiguë, en relation avec les conditions pathologiques des viscères thoraciques et abdominaux, l'ont conduit à une opinion différente, à savoir que la présence de micro-organismes dans le liquide cérébro-spinal et l'écorce implique leur préexistence dans quelque autre partie de l'organisme, et leur existence au cours d'un trouble mental aigu n'a avec ce trouble mental qu'un rapport d'association, et non de causalité.

Les recherches bactériologiques pour le liquide cérébro-spinal et l'écorce ont porté sur 2 cas de delire aigu, 1 cas de stupeur aiguë, 4 cas de paralysie générale, 6 cas de folie sénile et 34 cas de démence terminale. Dans un des cas de délire aigu on trouva des streptocoques ; dans l'autre cas de délire aigu et dans la stupeur aiguë, il y avait des colibacilles. Dans aucun des quatre cas de paralysie générale ne se trouvait le même micro-organisme.

Dans deux des cas de folie sénile, le liquide cérébro-spinal était stérile ; dans deux autres se trouvaient des pneumocoques et dans les deux derniers des bacilles pyocyaniques. Parmi les 34 cas de démence terminale, dans 7 le liquide cérébro-spinal était stérile, et dans le reste des cas se trouvaient huit formes différentes de micro-organismes, tantôt séparées, tantôt réunies en deux ou trois variétés.

En résumé, c'est le pneumocoque qui fut trouvé le plus fréquemment, puis le staphylocoque ; mais en se reportant aux conditions mentales des malades chez qui se trouvèrent ces micro-organismes, la présence de ces derniers n'a aucun rapport avec le trouble mental et n'a de rapport plus ou moins constant qu'avec l'existence d'une maladie organique. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

VII. Psychologie et physiologie ; par Herbert Nichols.

L'auteur, s'appuyant sur divers exemples, estime que les livres de physiologie sont remplis de traditions scolastiques qui non seulement écartent la science de ses voies les plus larges, mais encore l'égarent dans ses détails et dans ses problèmes pratiques.

C'est ainsi que chacun des processus « sensations viscérales », « folie », « émotions », « instinct », « personnalité », « l'inconscient », « le sub-conscient », « le conscient », représente une sphère pratique de la physiologie restant entourée d'une grande obscurité et mal comprise en raison des notions absolument primitives qui sont venues jusqu'à la science présente sans être critiquées et que la science actuelle se refuse à examiner par crainte d'en arriver à des spéculations métaphysiques. Et ces exemples ne sont pas exceptionnels, car la physiologie pratique et, en particulier, la psychiâtrie pratique, en sont remplies.

A l'heure actuelle s'impose l'union cordiale, généreuse, de la physiologie avec la psychologie, afin de déblayer le terrain de cette dernière de la scholastique primitive qui l'encombre. (*American journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

VIII. Le développement des centres supérieurs du cerveau ; par le Dr Stewart Paton.

Déjà Anaxagore avait dit que si l'homme est plus intelligent que l'animal, c'est que son esprit emploie des organes plus développés. De fait, il existe des relations intimes entre le développement anatomique des centres cérébraux supérieurs et leur expression fonctionnelle physiologique.

En étudiant comparativement le développement des centres cérébraux dans la série des vertébrés, on voit que les centres céré-

braux inférieurs ont subi chez les mammifères un processus de rétrogression, et il est probable que l'importance de ces centres a diminué tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la structure. C'est ainsi que les corps opto-striés, chez les vertébrés supérieurs, sont relativement plus petits que chez le poisson ; mais d'autre part, la simple couche épithéliale qui forme le manteau de l'hémisphère chez le poisson, présente chez les mammifères une structure des plus complexes.

Les recherches les plus récentes décrivent quatre couches à cette écorce des hémisphères chez le mammifère : la couche moléculaire, la plus extérieure ; les deux couches des petites et grandes cellules pyramidales ; et enfin la couche des cellules polymorphes. Mais il est impossible de dire que parmi les éléments qui constituent cette écorce cérébrale, aucun, soit fibre, soit cellule, soit caractéristique de l'importance fonctionnelle de l'écorce.

Jusqu'à présent, aucune caractéristique de l'activité psychique n'a été découverte dans l'analyse minutieuse de la structure cellulaire : sans doute les cellules pyramidales ont quelque relation, directe ou indirecte, avec la production de la pensée, mais il est impossible de définir leur fonction comme psychique. Ce n'est que d'une façon très générale qu'on peut inférer les possibilités psychologiques uniquement du fait de la disposition des centres corticaux.

Les centres cérébraux supérieurs peuvent être considérés comme un tout complexe : du vertébré le plus inférieur jusqu'à l'expression la plus élevée du type mammifère, on trouve un type de structure cérébrale varié mais, progressivement complexe, en même temps que s'accroît l'activité fonctionnelle. (*American Journal of insanity*, octobre 1897.) E. B.

IX. Psychro-œsthésie (sensations de froid) et psychro-algie (douleurs de froid) ; par le Dr Dana.

Les sensations de froid constituent une forme rare de paresthésie et ont été décrites sous le nom de psychro-œsthésie. Ces sensations de froid ne sont pas ordinairement très pénibles, et, bien qu'elles soient quelquefois décrites comme des douleurs de froid, elles ne sont en rien comparables, au point de vue douleur avec les sensations de chaleur.

L'auteur rapporte sept cas de psychro-œsthésie : chez les malades atteints, il fut impossible de découvrir aucun signe de maladie organique du système central ou périphérique. Il existe deux classes de sensations de froid. Dans la première, le symptôme n'est pas limité à certaines zones, mais disséminé aux extrémités des membres et associé à d'autres paresthésies ou à des douleurs, et souvent à des troubles vaso-moteurs évidents.

Les psychro-œsthésies de cette nature se rencontrent dans les formes légères de névrite, névrite alcoolique sciatique, dans l'ataxie locomotrice et dans la première période de la syringomyélie; elles correspondent à une lésion du neurone sensoriel périphérique sur l'un des points de son parcours.

La seconde classe de sensations de froid, la psychro-œsthésie proprement dite. est constituée par une sensation tout à fait localisée. le plus souvent sur la jambe ou la fesse, quelquefois sur le mollet ou la face et correspondant plus ou moins exactement avec la distribution d'un nerf.

Cette sensation est superficielle : il semble au patient qu'un objet froid repose sur la partie sensible.

Ce trouble peut être déterminé par un traumatisme, combiné avec une disposition rhumatismale ou une constitution névropathique. (*The alienist and neurologist*, avril 98.) E. B.

X. Relations physiologiques et pathologiques entre le nez et l'appareil sexuel; par le Dr Noland Mackenzie.

Au point de vue physiologique, les rapports suivants peuvent être constatés entre l'appareil sexuel et le nez, et plus spécialement le tissu érectile intra-nasal : 1° un certain nombre de femmes ont, au moment de leurs règles, un engorgement du tissu caverneux nasal ; — 2° quelques femmes peuvent présenter des règles supplémentaires nasales ; — 3° au cours de l'excitation sexuelle ou pendant le coït peuvent se présenter des phénomènes dépendant de la muqueuse nasale, comme des épistaxis, des éternuements, l'occlusion des narines ou autres actes réflexes ; — 4° il existe dans certains cas une dépendance entre l'irritation génito-urinaire et les affections des fosses nasales ; — 5° l'histoire des parfums montre le rôle important de l'impression olfactive pour provoquer l'éréthisme des organes reproducteurs.

Ces relations physiologiques entre le nez et l'appareil reproducteur s'expliquent en partie par le lien de sympathie qui existe entre les divers tissus érectiles du corps.

Au point de vue pathologique, on peut constater que : 1° chez certaines femmes atteintes d'une affection nasale, la maladie est aggravée au moment des règles ou pendant l'excitation sexuelle ; — 2° des excès vénériens peuvent déterminer une irritation de la muqueuse nasale ou l'aggraver lorsqu'elle existe ; — 3° la coexistence d'une maladie utérine ou ovarienne exerce parfois une influence importante sur l'histoire clinique d'une affection nasale.

Les recherches de Fleiss semblent montrer que la douleur, l'abondance, l'irrégularité des règles peuvent, dans certains cas, dépendre d'une cause intra-nasale.

Ce dernier auteur cite quelques cas dans lesquels la douleur de certaines formes de dysménorrhée a été temporairement dissipée par l'application de cocaïne sur la muqueuse nasale.

Seuls le cornet inférieur et le tubercule de la cloison auraient une relation spéciale avec les douleurs dysménorrhéiques : aussi a-t-on donné à ces deux localisations le nom de zones génitales. L'auteur a pu observer un grand nombre de cas cliniques relatifs à ces rapports entre le nez et l'appareil sexuel. (*The alienist and neurologist*, avril 98.) E. B.

XI. Investigations expérimentales des racines cervicales et thoraciques au sujet du torticolis; par R. Russell. (*Brain*, part. LXXVII et LXXVIII.)

La section musculaire dans le torticolis spasmodique est à abandonner; celle de la branche externe du spinal a donné quelques résultats, mais elle ne suffit pas, puisque les muscles mêmes qu'elle anime reçoivent des branches du plexus cervical. D'autre part, l'innervation individuelle de chacun des muscles du cou est extrêmement complexe, les données de Quain jettent sur cette question plus de lumière que celles très insuffisantes des autres auteurs, mais sont elles-mêmes à compléter. M. Russell, avec toute la minutie et les plus rigoureuses précautions requises, a cherché sur le macaque la solution des questions suivantes : 1° le nombre exact des racines rachidiennes dont l'excitation détermine des mouvements de la tête sur le tronc ; 2° la position exacte de la tête déterminée par le groupe des muscles innervés par chacune de ces racines prise individuellement ; 3° dans combien de ces racines se trouve représenté chaque muscle pris isolément ; 4° quels sont les muscles représentés dans chaque racine prise à part. Même résumée en un tableau, la réponse à ces questions représente une ampleur telle que force nous est de renvoyer le lecteur à l'article lui-même, ne fût-ce que pour une seule de ces questions ; chaque muscle exige à lui seul tout un tableau. Mais les conclusions générales ne sont pas sans intérêt. Comme pour les muscles des membres un segment seulement (longitudinal ou latéral) d'un même muscle répond à l'excitation d'une racine, par exemple : le segment supérieur à la C^{I}, le moyen à la C^{II}, l'inférieur à la C^{III}. A l'exception des muscles très petits comme les droits et obliques de la tête, tout muscle est commandé par plusieurs racines. Les racines en relation avec les mouvements de la tête sont toutes les cervicales et les deux premières (quelquefois les quatre premières) thoraciques. Les premières commandent les mouvements directement, les dernières indirectement. Après la destrution complète d'une racine, le mouvement d'abord aboli se rétablit rapidement dans un muscle correspondant, ce qui suggère

[illegible] à [illegible] [illegible] mieux par l'intermé- [illegible] que le [illegible] à même [illegible] l'[illegible] mais que [illegible] [illegible] au muscle par [illegible] les [illegible]. [illegible] d'un [illegible] moteur. [illegible] la [illegible] du muscle [illegible] sur la portion du muscle [illegible] une [illegible]. Le [illegible] à par- [illegible] aux [illegible] des [illegible] lui-même [illegible] le [illegible] en [illegible] le la partie [illegible] le ce muscle.

F. [illegible]

[illegible] **Pseudo-appendicites et affections pseudo-[illegible]**, par le [illegible] (*[illegible] Times*, [illegible] 1898.)

[illegible] les [illegible] peuvent simuler l'appendicite [illegible] point [illegible] de Mac Burney. [illegible] le même les névralgies intercostales [illegible] simulent des tumeurs [illegible] par exemple. L'auteur apporte quatre observations où le diagnostic était [illegible], mais a été rendu possible par la [illegible]. Par ce traitement en effet, la douleur disparaît [illegible] musculaire. A. V.

XIII. **La castration complète implique-t-elle l'incapacité totale de procréer**; par le Dr Straus de New-York. (*The medical News*, octobre 1898.)

Après avoir fait l'historique des opinions à ce sujet depuis Aristote jusqu'à nos jours, avoir relaté les expériences nombreuses faites sur les animaux et les observations cliniques, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1° chez l'animal après la castration complète, des spermatozoïdes ont été trouvés dans les vésicules séminales après un laps de temps variable ; 2° cette période varie chez les différents animaux, six jours pour le chien, sept pour le chat, quatorze pour le cochon d'Inde ; 3° chez l'homme, des cas cliniques montrent que la femme peut être fécondée par un homme castré. Dans un cas, du Dr Pruneteau, des spermatozoïdes vivants furent trouvés dans le sperme d'un eunuque ; 4° par analogie avec le chien et le chat on peut admettre qu'un homme castré puisse être capable de procréer dans les premiers jours qui suivent la castration. A. V.

XIV. L'époque pubère à travers les us et coutumes des peuples; par A. Marro. (*Rivista Moderna*, F. iv, 1898.)

L'auteur auquel on doit l'importante étude médico-psychologique de la puberté chez l'homme et la femme, fait ici l'étude comparative et ethnographique des différents modes de constatation et de consécration de la majorité pubère parmi les principales races humaines et leur variétés. Après une importante revue historique où il recherche l'âge et les conditions diverses auxquel l'homme était déclaré majeur dans l'antiquité (civis romain, éphèbe grec, etc.), il passe en revue les peuples primitifs sous les diverses latitudes dans les cinq parties du monde.

Australiens, Boschimans, Indiens, Malais, Abyssins, Cafres, etc., sont étudiés; les Kabyles et Touaregs également, les épreuves variées touchant l'endurance physique, l'initiation générale aux qualités capitales réclamées par les milieux divers en vue de la conservation de l'espèce sont particulièrement signalés (acuité visuelle pour les peuples des déserts, conservation du feu chez les Mélanésiens par exemple). Enfin l'auteur arrive aux groupes sociaux de notre Europe occidentale contemporaine; là il montre l'insuffisance actuelle de l'action sociale qui se désintéresse trop du passage des jeunes gens à l'état de citoyens et de l'initiation nécessaire aux droits et devoirs qui en résultent.

L'unique préparation sociale qui marque encore le passage à l'état pubère confirmé tend à se réduire à l'épreuve de la discipline militaire, laquelle n'est pas générale et est loin de porter les jeunes gens au niveau physique et moral qui devrait être requis pour avoir le titre de citoyens.

Dans le domaine physique même, l'instruction militaire tend à perdre de ses avantages; elle met cependant le jeune homme à l'épreuve des fatigues du camp et du Champ de Mars. Du côté moral la discipline militaire se réduit à enseigner l'obéissance aux règlements et aux supérieurs ainsi qu'à supporter sans riposte les observations et châtiments. On ne saurait nier qu'ainsi réduite l'épreuve virile de discipline militaire n'ait encore quelque utilité, le physique et le moral doivent s'aguerrir aux épreuves, mais pour toutes les vertus civiques positives sur lesquelles repose la vie sociale moderne si complexe, l'état n'a aucun moyen réel d'initiative et s'en remet entièrement aux familles.

L'unique sélection physique qu'il ébauche par l'examen des jeunes mâles pubères n'a d'autre but que d'écarter du service militaire les incapables notoires. Or pour l'exercice de la fonction reproductrice, il ne reste d'autre limitation (encore n'est-ce que pour le mariage) que la limite d'âge des mineurs et le consensus des parents jusqu'à majorité complète. Cependant c'est là que

devrait s'exercer l'action sociale en vertu du droit de défense préventive : on éviterait avec d'opportunes prescriptions l'arrivée d'êtres fatalement destinés au délit ou à la folie en empêchant les individus tarés de transmettre leurs tares dégénératives.

A. MARIE.

XV. **Nouvelles recherches sur la formation de la substance blanche dans les lobes cérébraux de l'homme**; par P. FLECHSIG (*Neurologische Centralblatt*, XVII, 1898.)

M. Flechsig en est à l'étude de quarante-huit hémisphères cérébraux comprenant ensemble vingt-huit cerveaux, depuis le fœtus de sept mois jusqu'à l'enfant de quinze mois. Il en tire ceci : 1° les gaines de myéline se développent dans les lobes du cerveau à des époques et en des endroits ayant force de lois exactement comme pour la moelle, le bulbe, le cervelet, le cerveau moyen ; 2° les gaines de myéline se forment simultanément autour de fibres équivalentes, mais sous cette réserve que les collatérales se développent, sans exception, plus tard que les fibres fondamentales ; il se forme donc des systèmes de diverses valeurs qui suivent une loi sériaire ; 3° les systèmes de fibres dont le développement n'a pas lieu en même temps, par exemple, les fibres radiaires de la deuxième pariétale et celles de la pariétale ascendante, qui se développent à trois mois de distance et davantage, ne peuvent avoir la même fonction ; 4° cette loi fondamentale s'impose chez les embryons venus avant terme qui ont vécu un temps relativement long ; ainsi, chez les fœtus de sept mois qui ont vécu un ou deux mois. Le caractère anatomique des trousseaux de fibres distincts y apparait des plus évidents, bien plus net que chez les fœtus à terme mais morts-nés. La notion des conducteurs sensoriels est principalement basée sur l'examen d'embryons avant terme ayant vécu pendant un certain temps ; 5° le développement des manchons de myéline des lobes du cerveau commence deux mois et demi à trois mois avant l'accouchement normal ou avant la maturité. Les premiers systèmes sont la radiation du ruban de Reil et la bandelette olfactive ; ce sont donc indubitablement, des conducteurs sensibles ; à ce moment il n'y a nulle part de fibres myéliniques disséminées dans les lobes du cerveau. Les fibres d'association ne se développent point en même temps que ces fibres de projection là ; 6° le développement de la *substance blanche de l'écorce* se limite d'emblée à *des endroits tout à fait distincts ;* les autres endroits sont tout à fait exempts de fibres myéliniques même à trajets complètement isolés. Le progrès ultérieur en a lieu par zones ou par trousseaux.

L'*écorce* se compose donc de *zones spéciales embryogéniques* dont chacune est caractérisée par l'époque spéciale du développement

de ses fibres nerveuses; chacune aussi a ses particularités propres quant aux communications conductrices.

Il y a ainsi quarante zones corticales et peut-être plus. Deux nouveaux centres sensoriels en porte le nombre à sept. Les quatre centres d'association sont décomposés en trente-trois. M. Flechsig en indique par des chiffres la place sur deux schémas de circonvolutions; mais en réserve la description minutieuse à un ouvrage d'ensemble sous presse. Il fait remarquer que la zone 1 reste toute la zone motrice de Charcot (les ascendantes), la zone 5 constituant le territoire visuel de Vialet (coin et partie connexe postéro-inférieure du lobe occipital).

Ces zones, d'après l'époque de leur développement, doivent être réparties en trois groupes.

a). Les *territoires primordiaux*, qui se forment, invariablement, avant la maturité de l'embryon. Ce sont tous les centres sensoriels déjà décrits, pourvus de myéline bien avant que les territoires terminaux contiennent une seule fibre myélinique. Tels : les ascendantes (surtout la pariétale); les lèvres de la fissure calcarine et la première occipitale; le gyrus uncinatus; la circonvolution olfactive interne; la corne d'Ammon; le subiculum cornu Ammonis; le gyrus fornicatus (principalement son tiers moyen); les circonvolutions transverses du lobe temporal; toutes zones constituant des centres sensoriels primaires.

b). Les *territoires intermédiaires* commencent, au besoin, un mois après l'accouchement parfaitement à terme, et sont, en partie des centres sensoriels, en partie des centres d'association. Exemples : le pied de la première frontale; la partie orbitaire de la troisième frontale; le pied de la troisième frontale; le gyrus subangulaire (zone 13, entre la deuxième temporale et les occipitales); centres sensoriels secondaires qui se développent avant la partie postérieure de la première temporale, le tiers antérieur de la première temporale etc., qui ne sont que les zones marginales de centres sensoriels, mais sont aussi des territoires intermédiaires.

c). Les *territoires terminaux*. Ils se forment plus d'un mois après l'accouchement normal, et sont, exclusivement, des centres d'associations déjà décrits. La myélinisation y commence quatre mois à quatre mois et demi plus tard que dans les territoires primordiaux. Première et deuxième frontale; circonvolution pariétale inférieure; deuxième et troisième temporale; une partie du gyrus fornicatus. Ces territoires, qui distinguent le cerveau humain de celui des anthropoïdes, déterminent la forme du cerveau de l'homme.

Il est bon de noter que la troisième frontale n'est jamais un territoire terminal.

D'après ces nouvelles recherches, la première frontale se composerait de quatre zones corticales, la troisième frontale, de trois zones. La partie triangulaire de celle-ci appartiendrait aux territoires intermédiaires de maturité tardive, tandis que sa partie orbitaire relèverait des centres sensoriels primordiaux. La deuxième pariétale comprendrait quatre zones; une, petite, tout à fait antérieure, serait placée dans l'opercule (centre sensoriel secondaire); une zone postérieure formerait une voie de passage à la deuxième occipitale; une zone, contiguë au tiers moyen de la pariétale ascendante, constituerait, pour la plus grande partie, le lobule pariétal inférieur actuel (*supramarginal*); la quatrième correspondrait principalement au pli courbe. Celle-ci seule serait un territoire terminal; toutefois, la zone qui forme la plus grande partie du lobule pariétal inférieur ne se développerait que peu de temps avant les territoires terminaux. L'avant coin serait décomposable en quatre zones corticales, dont un territoire terminal qui, généralement, appartiendrait un gyrus fornicatus, et deux zones marginales. L'insula aussi serait de quatre zones, dont l'une, sorte de transition entre les territoires intermédiaires et les territoires terminaux, occupe la moitié inférieure de l'insula, surtout en arrière; une autre représente un territoire primordial muni de fibres de projection éparses, qui est placé immédiatement à côté des ascendantes.

Chaque zone corticale tire son caractère de l'ordonnancement de la myélinisation. Dans telle catégorie de zones, ce sont les fibres de projection qui commençent à s'entourer de myéline, dans telle autre, ce sont les fibres d'association; ce qui permet déjà de distinguer les zones en centres de projections et en centres d'association. Les fibres les premières mûres s'appellent *systèmes primaires* et, ainsi de suite, on a des systèmes secondaires, tertiaires, quaternaires, suivant leur ordre de développement. Or les systèmes primaires sont tantôt des systèmes de projection, tantôt des systèmes d'association (notamment en ce qui concerne le corps calleux). Dans aucune zone il n'y a genèse simultanée des deux catégories de fibres.

Le sens dans lequel se développent les fibres indique le sens dans lequel elles sont conductrices.

Le système primaire des territoires primordiaux se développe, sans exception, des ganglions de la base vers l'écorce; ceci est surtout apparent pour la radiation optique primaire qui, chez un enfant né un mois et demi ou deux mois avant terme, et mort à l'âge de douze jours, n'avait de myéline qu'à mi-chemin du corps genouillé externe et de l'écorce. *Et tous les systèmes de fibres primaires des territoires primordiaux* sont au point de vue embryogénique, *des conducteurs corticopètes.*

Dans les *territoires terminaux*, au contraire, les fibres corticales

se revêtent de leur myéline d'abord dans le voisinage de l'écorce ; *les systèmes de fibres primaires y sont corticofuges*. Mais ce ne sont pas des fibres de projection motrices, ce sont plutôt des fibres du corps calleux.

Les fibres de projection motrices ne se développent nulle part les premières ; elles ne se myélinisent que dans les zones corticales déjà munies de conducteurs sensibles ou corticopètes myéliniques.

M. Flechsig admet cependant des variétés individuelles de zones corticales embryogéniques, des types inverses de développement myélinique, tout en mettant en garde contre l'anomalie pathologique. Il s'étend longuement sur les variétés d'allures du *ruban de Reil de l'étage inférieur du pédoncule cérébral*. Ce ruban se compose de deux trousseaux : 1° un trousseau de fortes fibres du ruban de Reil principal, se développant avec les fibres correspondantes du cordon postérieur, pénétrant dans la substance noire, où elles se terminent tout en filant en partie jusqu'au noyau lenticulaire ; 2° un autre trousseau, plus tardif, sortant, avec le faisceau pyramidal, de la capsule interne, gagnant le pied du pédoncule cérébral, se dirigeant en bas et s'appliquant au ruban de Reil principal, pour se confondre avec lui. Ce second trousseau est donc un *ruban de Reil pyramidal* dont les fibres parviennent à la protubérance ; les uns s'entrecroisent dans le raphé ; les autres point, mais elles arrivent toutes aux noyaux moteurs de la cinquième paire, du facial, et de l'hypoglosse. Le ruban de Reil pyramidal est donc moteur. C'est lui qui présente les deux variétés de trajet que voici. *a*) Il peut accompagner le faisceau pyramidal jusque dans la protubérance et même jusqu'à la partie supérieure du bulbe, et ne parvenir à la formation réticulaire de la calotte ou au raphé que dans la région de l'olive supérieure pour se rendre aux noyaux moteurs des nerfs. *b*) Il peut gagner la surface du pied du pédoncule cérébral en dedans, se placer en dedans du faisceau d'Arnold (cortico-protubérantiel de Flechsig) et constituer un trousseau allant du pied du pédoncule à sa calotte au sein du ruban de Reil principal dans la protubérance. Il occupe alors ici, en avant du ruban de Reil médian, la place de fibres qui, d'ordinaire, sont fournies par la partie la plus interne du faisceau d'Arnold. C'est l'étude de la myélinisation qui permet de distinguer ces organes et de noter les irrégularités dans le trajet des conducteurs. La variété des trajets du ruban de Reil pyramidal explique le grand nombre des variétés du trajet des fibres à la surface du pied du pédoncule cérébral et de la protubérance (Henle).

Il peut donc y avoir aussi dans les lobes du cerveau des variétés dans le trajet des fibres myéliniques ; il peut donc arriver que des régions décrites jusqu'ici comme dénuées de fibres de projection soient un beau jour munies d'un puissant trousseau de fibres de la couronne rayonnante.

La question de la disposition des sillons, qui rend souvent la topographie des circonvolutions bien délicate, devient insignifiante par la substitution aux dénominations ayant cours des zones corticales embryogéniques composantes.

Le reste du mémoire est consacré à la légitimation des centres d'association mais sous réserve d'autres examens plus complets et plus finis des zones embryogéniques.

Les territoires terminaux ont, dit l'auteur, évidemment une tout autre fonction que les territoires primordiaux. Le développement du gros de la masse des fibres s'accompagne presque en même temps, surtout dans les territoires terminaux, du développement de *longs systèmes d'association* particulièrement fournis dans les territoires terminaux. Les *courts systèmes d'association* se développent bien plus tôt, suivant qu'ils joignent entre elles diverses parties d'un territoire primordial, ou des centres sensoriels à leurs zones marginales. Mais, à côté de cela, il n'est pas rare de voir plusieurs centres sensoriels, celui, par exemple, de la sphère tactile, et de la sphère visuelle, envoyer concurremment des conducteurs à la zone 39 (pli courbe et partie supérieure de la première temporale), sans qu'il y ait union directe des centres sensoriels. Quant au cingulum, dans lequel, à l'origine, M. Flechsig plaçait un centre d'association direct de diverses sphères sensorielles, il constitue surtout un système de projection.

N'empêche que la clinique ne montre la relation de troubles de la sensibilité ou de la motilité avec l'altération exclusive et constante de régions dans lesquelles chez le fœtus et le nouveau-né, on peut suivre des conducteurs sensoriels, tandis que la lésion d'autres territoires s'accompagne le plus habituellement de troubles d'association. Si imparfaite que soit encore la doctrine des localisations, le dépouillement méticuleux des faits publiés, fournit de plus en plus d'exemples en faveur de cette hypothèse que les *territoires terminaux commandent à des fonctions d'association*.

S'il est vrai que les centres d'association en question soient aussi innervés par des fibres de la couronne rayonnante, il reste à décider du véritable trajet, dans la couche optique, des fibres qui vont aux territoires terminaux, des origines et des sens des courants de celles-ci. Toutes les fibres de la couronne rayonnante doivent-elles être considérées comme des fibres de projection constituant des conducteurs intercalés entre les organes terminaux et l'écorce du cerveau ? La couche optique en tout cas se distingue des autres émissaires de conducteurs sensoriels tels que le corps genouillé externe et le renflement olfactif. C'est un appareil plus compliqué, composé de six territoires divers puisqu'ils se myélinisent à diverses époques. Le globus pallidus est un système unitaire. Le noyau du ruban de Reil, tout petit, reçoit beaucoup de fibres corticofuges (Kœlliker). Le zone 39, qui correspond prin-

cipalement au pli courbe, est aussi carticofuge, et, probablement thalamopète; or elle ne produit pas du tout de troubles de la sensibilité ni du sens musculaire. Est-il vraiment possible de considérer les conducteurs en rapport avec ces zones comme des fibres de projection? Les fibres du lobule pariétal inférieur, qui vont soi-disant à la radiation optique, gagnent, en réalité le tapetum directement, et sont, les unes des fibres du corps calleux, les autres des fibres d'association.

La bibliographie ne contient pas un seul fait qui, sûrement, prouve que les territoires terminaux et un certain nombre de territoires intermédiaires prennent une part considérable à la couronnne rayonnante. Discussion des faits.

Rôle de ruban de Reil qui se termine exclusivement dans les ascendantes et exceptionnellement dans le segment supéro-antérieur de la première pariétale; de là les troubles du sens musculaire en pareils cas, etc., etc. P. Keraval.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. **Un cas de résection totale et bilatérale du sympathique cervical comme traitement de l'épilepsie essentielle**; par Otero Acevedo. (*Siglo Medico*, n° 2315.)

Après avoir passé en revue les idées de Alexander et de Barac et les faits de Kummel, Jacks, Boydoneck, Lépine, Jeaboulay et Jonesco, l'auteur décrit les sept temps de l'opération comme il la comprend et relate son cas: homme vingt et un ans, attaques depuis une peur survenue à l'âge de dix ans, très fréquentes et revêtant parfois la forme grave (coma durant dix heures). Toute médication échoue et la fréquence moyenne de trois crises par jour se maintient. Opération en deux séances sans incident, mais dont on ne peut donner encore que les résultats physiologiques immédiats. Au moment de la résection, le pouls monte de 75 à 130 (excitation mécanique); quelques heures, après chute à 80, et ascensions régulières à 120 pendant les digestions stomacales; pas de modification thermique du corps, mais élévation thermique de la face du côté opéré ; hypersécrétion nasale et lacrymale, ptosis, myosis et rougeur de la face au moment de la résection du ganglion cervical supérieur. Disparition graduelle de ces phénomènes de quelques heures à une semaine après. Retrait de l'œil dans

l'orbite. Pas d'attaque immédiatement après, une petite seulement quelques jours après l'opération du sympathique gauche et un accès de délire mystique après l'opération droite. Pendant les quarante-cinq jours écoulés depuis la deuxième opération, cinq attaques seulement, la plus longue de vingt-cinq minutes, la plus courte de moins d'une minute. Les troubles physiologiques ont tous disparu, seul le cœur, qui reste à 80 pulsations, monte à 120 pendant la digestion stomacale. L'auteur pense qu'une revision de la physiologie des nerfs cardiaques venus du sympathique cervical est indiquée [1]. F. Boissier.

II. **Contribution à l'étude de la théorie de la fonction de la glande thyroïde et de la thérapeutique de la maladie de Basedow**; par C.-F. de Traczewski. (*Neurolog. Centralbl.*, XVI, 1897.)

Chez les animaux thyroïdectomisés la viande crue, le bouillon et la viande bouillie exercent une action défavorable sur leur santé. La viande crue, plus que la quantité correspondante de viande bouillie avec son bouillon. Il est probable que la cuisson, en modifiant la viande, modifie aussi la qualité des substances constitutives nuisibles. La viande bouillie avec son bouillon agit plus défavorablement que le bouillon seul, et le bouillon plus que la viande bouillie. Quelle est la toxicité des sels de potasse et des phosphates du bouillon? Les sels de potasse entraîneraient surtout des symptômes absents dans la cachexie thyroïdienne. Quant aux phosphates, les phosphates calciques sont presque insolubles; le phosphate de magnésie produit facilement la diarrhée; le phosphate acide de soude, soluble, peu coûteux, et facile à obtenir, entraîne toujours la cachexie, toutes les fois qu'on le donne aux animaux thyroïdectomisés qui n'ont conservé de la glande thyroïde que ce qu'il leur en faut pour vivre sans présenter de symptômes pathologiques. Leur fait-on absorber continuellement de ce phosphate, on produit l'atrophie de ce qui leur reste de glande; il cachexie, quand on le donne en grandes quantités, ceux qui ne sont pas opérés. Les femelles grosses partiellement thyroïdectomisées éprouvent, sans qu'il soit besoin de leur donner du phosphate, des phénomènes cachectiques jusqu'à leur accouchement; deux jours après l'accouchement elles sont libres de tout trouble; ces animaux sont toujours rachitiques. Dans la maladie de Basedow, la femme éprouve une grande amélioration pendant la grossesse. La glande thyroïde augmente toujours de volume au cours de la grossesse, ce qui paraît indiquer que l'économie a alors grand besoin de suc thyroïdien. La femelle grosse

[1] Mais il ne nous paraît pas que l'opération le soit... au moins comme moyen *curatif* de l'épilepsie. B.

pertiellement thyroïdectomisée manque de suc thyroïdien, d'où les accidents cachectiques jusqu'à l'accouchement; la femme grosse basedowienne utilise son surplus de suc thyroïdien, ce qui l'améliore.

Généralement la maladie de Basedow est hystérique (Charcot), c'est pourquoi on ne trouve pas de lésions. Mais elle peut être due parfois à des toxines ayant agi sur le système nerveux (intoxication nerveuse), issues de maladies infectieuses; elle est alors aussi purement fonctionnelle (légères lésions du plancher du quatrième ventricule). Elle peut encore émaner du tabes avancé; lésion du faisceau solitaire de Mendel.

La théorie de la modification fonctionnelle du plancher du quatrième ventricule est séduisante; c'est de là que partent les nerfs de la thyroïde. De là, excitation anormale de la glande, son hypersécrétion qui agit défavorablement sur le système nerveux central. C'est un cercle vicieux qu'on peut interrompre en donnant des phosphates qui neutralisent le suc thyroïde. On empêche ainsi la cachexie. Ce traitement a très bien réussi à Berne; Mœbius, dans sa monographie sur la maladie de Basedow, vient d'en confirmer l'efficacité. P. Keraval.

III. **De l'emploi du repos au lit chez les aliénés**; par W. de Bechterew. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F. viii, 1897.)

C'est la communication faite par l'auteur à la Société des Neuropathologistes et Aliénistes de la clinique de Saint-Pétersbourg, en novembre 1896. Voyez *Progrès médical*, VII, 25, 18 juin 1898.

P. Keraval.

IV. **Du traitement de l'alcoolisme par l'hypnotisme**; par F. Ribakoff. (*Vratch*, 1898, n° 18, p. 517-579.)

L'auteur a eu l'occasion de traiter par l'hypnotisme 15 alcooliques dont quelques-uns seulement étaient hospitalisés; de l'étude de ces 15 cas il tire les conclusions suivantes : 1° les alcooliques sont très facilement hypnotisables; 2° l'hypnotisme est un bon agent thérapeutique de l'alcoolisme; 3° l'action favorable de la suggestion se manifeste par l'amélioration de l'état général, la disparition de l'abattement, de la mélancolie et de l'apathie, par l'affaiblissement du penchant pour le vin, par la disparition de l'alcoolisme; 4° quelquefois, après la première séance, on réussit d'arrêter l'abus habituel des boissons alcooliques et même de couper un accès d'alcoolisme; 5° la répétition des suggestions retient quelquefois l'ivrogne de la satisfaction de ses penchants pour un temps assez long, le temps de l'abstinence varie beaucoup avec les malades; 6° la guérison définitive est assez rare, les rechutes, au

contraire, fréquentes. Tout dépend du degré de dégénérescence du malade ; 7° les rechutes s'observent plus souvent lorsque le traitement n'a pas été assez prolongé ou lorsque le médecin n'a pas été exact aux séances qu'il a fixées; 8° il faut être très ponctuel et très attentif quant au temps fixé pour les séances; 9° pour que les résultats soient plus durables, il faut prolonger le traitement assez longtemps (jusqu'à un an au moins); 10° on peut hypnotiser à n'importe quel moment de la maladie, mais il est préférable de le faire lorsque le malade n'est pas ivre. Il est contrindiqué d'hypnotiser pendant l'accès du *delirium tremens* et lorsque l'alcoolique est agité; l'insuccès presque certain dans ces cas aurait une mauvaise influence sur la confiance qu'inspire le médecin et sa méthode au malade. E. MARGOULIÈS.

V. **Le suicide comme agent de préservation**; par le Dr HUGHES.

Sans proclamer le suicide comme un remède, l'auteur estime que les débiles mentaux ou moraux, les criminels et les vicieux qui se suicident, paient une sorte de dette à la nature et procurent un bénéfice à l'humanité.

Pourquoi ne pas approuver le suicide, qui met ainsi fin à la descendance d'un être lorsque cet être est notoirement dégénéré, mentalement ou moralement ? Le bon grain pousse mieux quand les mauvaises herbes ont été arrachées du champ. Le suicide précoce d'un imbécile moral ou mental est une sorte de grâce pour la société qui se trouve préservée de toute une progéniture de créatures semblables. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

E. B.

VI. **Goître exophthalmique et médication thyroïdienne**; par M. Odilon MARTIN. (*Presse médicale*, 13 juillet 1898.)

Selon M. Odilon Martin, il n'y a pas lieu, comme le soutiennent la plupart des auteurs qui ont étudié cette question, de prohiber systématiquement la médication thyroïdienne dans le goître exophthalmique. D'une part, une prohibition aussi absolue ne saurait s'appuyer sur la pathogénie de cette maladie ; celle-ci, en effet, est encore loin d'être fixée; il est devenu à peu près impossible de considérer le goître exophthalmique comme une entité morbide ; il y a, non une maladie de Basedow, mais des Basedowiens, susceptibles d'être rangés en des groupes très différents. D'autre part, cette thérapeutique compte à son actif un certain nombre de succès. Aux cas déjà publiés, où la médication thyroïdienne a donné de très sérieux résultats, ou même des guérisons, l'auteur joint l'observation d'un malade atteint de goître exophthalmique qu'il a soumis à ce mode de traitement, grâce auquel il a

été très notablement et très rapidement amélioré. M. Odilon Martin pense que, dans tous les cas de maladie de Basedow, on est en droit de tenter pendant quelque temps la médication thyroïdienne, quitte à l'abandonner, si on n'en retire pas d'avantages.

A. Fenayrou.

VII. La médication thyroïdienne dans le traitement du goitre exophthalmique; par M. L. Weiller (de Saint-Dié). *Presse médicale*, 27 août 1898.)

Observation d'un cas de goitre exophthalmique, contre lequel les médications habituelles avaient été employées sans résultat, et qui a été très notablement amélioré par le traitement thyroïdien Pendant trois mois environ la malade a absorbé 25 centigrammes à 1 gramme d'iodothyrine en comprimés. Au bout de ce laps de temps, les symptômes de la maladie de Basedow avaient diminué à tel point que l'on pouvait considérer la guérison comme à peu près complète. Deux mois après la cessation du traitement, l'état de la malade continuait à être très satisfaisant.

L'auteur pense que, si le nombre des Basedowiens améliorés par le traitement thyroïdien est encore peu élevé, c'est uniquement parce que cette médication est très rarement appliquée. L'observation qu'il rapporte s'ajoute à celles qui ont déjà été publiées, pour établir que ce mode de traitement peut dans certains cas donner d'excellents résultats.

A. Fenayrou.

VIII. Traitement par la glande thyroïde; par le Dr Williams E. Moseley, de Baltimore. (*The Medical News*, septembre 1898.)

L'auteur traita par l'injection de glande thyroïde cinq cas d'hémorragie utérine de causes diverses, dont il rapporte les observations. Il obtint de bons résultats et il conclut que la glande thyroïde doit être absorbée à des doses très variables suivant les individus, qu'elle a une action marquée sur les hémorragies et que la santé générale est améliorée par son usage. L'examen du sang de ses malades avant et après le traitement thyroïdien accompagne ce travail.

A. V.

IX. La démorphinisation. Mécanisme physiologique. Conséquences au point de vue thérapeutique; par M. Paul Sollier. (*Presse médicale*, 6 juillet 1898.)

M. Sollier tire de sa théorie sur le mécanisme physiologique de la démorphinisation les indications suivantes du traitement de la morphinomanie : « provoquer et favoriser le plus possible les sécrétions de toutes les glandes, sevrer aussi rapidement que possible de la morphine, n'intervenir ensuite que pour entretenir l'élimina-

tion des éléments cellulaires altérés par l'intoxication, et surveiller les morphinomanes pendant toute la période nécessaire à la réparation glandulaire ». Il considère, en effet, la démorphinisation comme caractérisée par une véritable desquamation épithéliale et endothéliale des muqueuses imprégnées par la morphine et dont les glandes ont cessé de fonctionner sous cette influence. Au moment de sevrage, la violente réaction organique que produit la reprise de l'activité glandulaire, amème l'élimination de la plus grande partie des cellules altérées par le poison. Il se produit ensuite pendant une période de six semaines à deux mois en moyenne, une série de desquamations des mêmes organes glandulaires, se manifestant par des crises éliminatoires d'intensité décroissante au cours desquelles se montre le désir de morphine. Le sevrage rapide constitue le traitement de choix de la morphinomanie, parce que produisant une excitation vive et soudaine de l'organisme, il provoque une réaction énergique. Mais cette réaction qui aboutit à l'élimination des cellules glandulaires altérées doit être facilitée et préparée par la mise en œuvre d'agents (purgatifs, diurétiques, sudorifiques, etc.) destinés à exciter l'activité des glandes. Grâce à l'emploi de ces moyens, on évite les accidents toujours possibles et parfois très graves de la pseudo-démorphinisation, engendrés par les efforts excessifs, bien que encore insuffisants dans certains cas, que doit faire l'organisme pour se débarrasser du poison, si on ne vient à son aide par un traitement approprié. Les médicaments calmants entravent l'élimination et doivent être rejetés. Quant aux substitutifs, ils n'ont qu'une valeur absolument illusoire.

L'auteur explique la gravité des récidives précoces de la morphinomanie, plus grande que celle des récidives tardives. par ce fait que les éléments organiques de nouvelle formation sont d'autant plus facilement et plus profondément altérés par l'agent toxique qu'ils sont plus jeunes et par suite moins résistants. A. Fenayrou.

X. **Deux cas de tumeurs cérébrales opérées avec succès et suivis de guérison**; par les Drs Thomas Oiver et Georges Wiliamson. (*British Medical journal*, 26 novembre 1898.)

La première observation concerne un homme de trente-quatre ans qui depuis deux ans souffrait de maux de tête avec exacerbations matitutinales et de vertiges. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il eut un évanouissement et fit une chute en se frappant la tête contre un encoignure. Il resta trois jours sans connaissance et quand il revint à lui, il était paralysé du côté gauche, bras, main et jambe. La paralysie d'abord incomplète à la jambe progressa rapidement. Il eut ensuite des vomissements et des convulsions du côté gauche. Depuis deux ans il éprouvait

des piqûres dans le côté droit aussi par la sensation d'eau chaude lui coulant sur la peau ; l'examen révélait de l'anesthésie et de l'analgésie au niveau du bras et de la main gauches, et une diminution de la sensibilité à la jambe. Pas de syphilis dans ses antécédents. Reflexes parcellaires exagérés, convulsion clonique du pied gauche. Névrite optique bien caractérisée, mais n'empêchant pas la vue. Autres fonctions organiques normales. Le diagnostic de tumeur comprenant l'aire rolandique fut porté avec d'autant plus de certitude qu'il existait des troubles sensitifs et que déjà le Dr Oliver avait soutenu que la région rolandique avait des fonctions à la fois sensitives et motrices.

L'opération vérifia le dignostic et permit l'extraction d'une tumeur de la grosseur d'une demi-orange. C'était un sarcome à cellules rondes.

Les suites opératoires furent très bonnes. Le malade recouvra le mouvement dans le côté gauche six jours après l'opération, et huit mois après il ne lui restait plus qu'une légère parésie. Cependant une attaque convulsive survenue dans l'intervalle laisse subsister des doutes sur la possibilité d'une récidive.

La seconde observation se rapporte à une femme de vingt-trois ans qui présentait une paralysie partielle de la jambe droite et une paralysie totale du bras droit avec flexion des doigts sur la paume de la main. L'apparition de cette paralysie avait été précédée par des maux de tête, des vomissements et des attaques convulsives. La partie inférieure de la face était touchée et la langue déviée sur la droite. Pupilles égales, névrite optique à la première période. Reflexe rotulien exagéré. La sensibilité est émoussée : la peau de la main est en moiteur. Supprsesion des règles. Urine normale, etc. Le diagnostic de tumeur située au niveau de la sphère motrice de hémisphère gauche fut posé, et l'opération fut effectuée avec plein succès. La tumeur enlevée était une angiome. Les suites de l'opération furent très bonnes, mais la malade présentá le phénomène curieux d'aphémie post-opératoire.

Immédiatement après l'opération elle ne pouvait répondre que par oui et non, mais elle ne présentait ni cécité verbale ni surdité verbale ; elle pouvait lire et écrire et comprenait ce qu'on lui disait. L'usage des mots lui revint progressivement ; elle a encore cependant de la peine à trouver le mot propre.

La paralysie de la partie supérieure du bras a totalement disparu, mais il n'en est pas de même de celle de l'avant-bras et du bras ou de celle de la face. Cette dernière est due à ce que par l'opération, les fibres nerveuses motrices ayant été séparées, les cellules pyramidales ont dégénéré. De même on peut se demander si l'aphasie a été produite par une lésion du centre ou par la section des fibres unissant le centre cortical au centre bulbaire d'articulation.

A. Vigouroux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-SPYCHOLOGIQUE.

Séance du 28 *novembre* 1898. — PRÉSIDENCE DE M. MEURIOT.

LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Semelaigne, père, dont il prononce l'éloge funèbre.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de la Société. — La séance est ensuite levée en signe de deuil.

Séance du 28 *novembre*. — PRÉSIDENCE DE M. MEURIOT.

Etiologie de la paralysie générale (suite de la discussion).

M. VALLON. — Lorsque M. Sollier vous a communiqué son observation de paralysie générale d'origine hérédo-syphilitique, je vous disais avoir observé un jeune paralytique général dans l'hérédité duquel je n'avais pu déceler la syphilis ; j'étais mal servi par ma mémoire. Ce jeune homme, en effet, paralytique général, depuis trois ans, quand il est mort à l'âge de vingt-deux ans, dans mon service, a pu avoir des antécédents de famille syphilitiques. En effet, la mère et une tante maternelle étaient aliénés et la mère, soignée dans le service de mon collègue, M. Briand, a succombé à des accidents épileptiformes d'origine syphilitique possible. Le diagnostic de paralysie générale, de mon jeune malade avait été porté par M. Briand, dix-huit mois avant qu'il se soit placé. Sa maladie a évolué sans rémission, non pas parce que le sujet était jeune, mais plutôt parce que le malade n'a jamais présenté aucune trace de délire. On sait, en effet, que les rémissions se montrent surtout dans la forme délirante de la P. G.

On prétend que la paralysie générale n'exerce aucune influence sur la descendance des paralytiques ; je crois le contraire, précisément parce que j'admets l'étiologie hérédo-syphilitique. Personne ne conteste, en effet, la tare que fait porter la syphilis sur plusieurs générations successives.

M. BALLET. — Je proteste, avec la conviction la plus entière,

contre l'opinion de M. Vallon. Il y a là, en effet, un point de doctrine délicat sur lequel nous avons chaque jour à donner un avis. Je ne crois pas que le fils d'un paralytique général ait plus de chance que tout autre de verser dans la folie. Il est bien entendu que j'excepte les enfants conçus pendant la maladie. Si j'avais un fils à marier je n'hésiterais pas à lui laisser épouser une fille de paralytique générale, conçue avant l'éclosion de la méningo-encéphalique.

M. Vallon. — La distinction faite par M. Ballet est très importante, mais j'ai observé des faits qui prouvent que des enfants nés avant la maladie des parents ont eu des tares intellectuelles.

M. Ballet. — M. Vallon s'appuie sur l'étiologie hérédo-syphilitique pour conclure à l'hérédité de la paralysie générale. Il se dit que si la syphilis est assez maligne pour déterminer la paralysie générale elle pourra tout aussi bien déterminer des troubles nerveux chez les enfants des paralytiques. Je crois, pour ma part, que ce sont au contraire les syphilis bénignes qui aboutissent à la méningo-encéphalite.

M. Vallon. — Il me semble que le jour où une syphilis bénigne produit la paralysie générale elle cesse d'être bénigne.

M. Briand demande à M. Ballet si la terminaison de la syphilis par la paralysie générale est liée à la bénignité même de l'infection ou plutôt à cette considération, qu'étant d'apparence bénigne, la syphilis a été mal soignée ou peut-être méconnue au début?

M. Ballet. — Peut-être? Mais je ne pourrais répondre avec certitude à la question de M. Briand ; ce que je peux dire, c'est que j'ai vu un grand nombre de paralytiques généraux dont la syphilis avait été régulièrement soignée.

M. Joffroy. — On rencontre souvent des lésions de syphilis tertiaire associées aux lésions habituelles de la paralysie générale. On peut invoquer ces faits en faveur du peu d'influence de la syphilis sur l'étiologie de la paralysie générale et les considérer comme une simple coïncidence, quand on se trouve en présence d'un syphilique avéré devenu paralytique général. Je crois cependant, comme M. Ballet, que si l'on fait une enquête sur la syphilis des paralytiques généraux on rencontrera le plus souvent des accidents infectieux au début très bénins.

M. Taquet. — Dans le Morbihan, la syphilis est très commune et cependant sur 400 aliénés il n'y a que 3 paralytiques généraux.

M. Ballet. — La coexistence des lésions tertiaires avec celle de la méningo-encéphalique chronique est très rare et n'infirme nullement cette formule que les syphilis qui conduisent à la paralysie générale sont plus souvent bénignes. Ce n'est d'ailleurs pas

à toutes périodes de l'infection qu'on devient paralytique, c'est entre dix et quinze ans après le chancre.

M. Joffroy. — La syphilis n'est certainement pas sans exercer une certaine influence sur l'éclosion de la paralysie générale ; mais son rôle se borne là. On ne peut pas dire que la méningo-encéphalite chronique soit une quatrième période de la diathèse spécifique. Les lésions de la paralysie générale sont des lésions analogues à celles que peuvent produire toutes les toxines. C'est tout ce qu'à l'heure actuelle peut répondre l'anatomie pathologique.

M. Vallon. — Puisque les lésions de la paralysie générale sont dues à une toxine et que nous constatons l'existence d'un état infectieux, pourquoi ne pas admettre que la syphilis est l'agent producteur de la toxine ?

M. Joffroy. — La paralysie générale se montre quelquefois moins de deux ans après le chancre et d'autres fois vingt-cinq ans après comme j'en viens d'observer un cas. Peut-être cette infection, de même que l'alcool, le surmenage, le manque de sommeil, créée-t-elle une prédisposition en diminuant la résistance de la cellule nerveuse à la fatigue ?

M. Ballet. — Je ne veux retenir de toute cette discussion que ce seul fait, à savoir que les lésions de la paralysie générale paraissent procéder d'une toxine et je prends acte de cette déclaration de M. Joffroy.

Séance du 26 décembre 1898. — Présidence de M. Meuriot.

M. Garnier donne lecture d'un rapport des candidatures, à la suite duquel M. Legras, médecin de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, est élu membre titulaire.

Elections : Après les élections, le bureau est ainsi composé pour l'année 1899 : *président :* M. J. Voisin ; *vice-président :* M. Magnan ; *secrétaire général :* M. Ritti ; *trésorier :* M. Brunet ; *secrétaires annuels :* MM. Semelaigne et Sollier.

Conseil de famille. — Le conseil de famille est composé des membres du bureau auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. Garnier et Meuriot.

Comité de publication : MM. Ballet, Bouchereau et Vallon.

Commission des finances : MM. Christian et Falret.

M. Magnan remercie la Société de l'honneur qu'elle lui fait en le désignant pour la vice-présidence. Elle le conduira pour la seconde fois à la présidence de la Société, pendant le Congrès de médecine mentale de 1900. Il n'aurait pas assumé cette lourde tâche s'il n'était assuré du précieux concours du secrétaire général qui l'aidera à tenir haut et ferme le drapeau de la médecine mentale.

Folie sympathique. — Laparatomie. — Guérison des troubles intellectuels.

M. Febvré donne lecture d'une observation de folie sympathique recueillie par lui et par M. Picqué, chirurgien des asiles. « Dans les *Annales médico-phychologiques* (t. XVII, nº de janvier et février 1893) » dit-il, nous avons déjà insisté sur la disparition possible de certaines interprétations délirantes surajoutées à un délire primitif et survenues à l'occasion de souffrances physiques intimement liées à deux néoplasmes ayant nécessité une double intervention chirurgicale.

« Aujourd'hui notre observation a une importance considérable car le délire en entier a disparu, grâce à une grave intervention chirurgicale. Après plus de deux ans d'observation, la guérison s'est maintenue complète, définitive. L'origine sympathique de l'aliénation mentale ne pourrait, à notre avis, être niée ou mise en doute. Notre opinion s'appuie sur une observation prise avec un soin méticuleux et poursuivie pendant deux ans après la sortie de l'asile. »

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-huit ans, d'une constitution robuste et sans antécédents héréditaires connus. Elle présentait cependant quelques signes de dégénérescence et notamment de l'asymètrie faciale, de l'adhérence des lobules des oreilles et un rétrécissement apparent du diamètre transverse du crâne.

Son affection mentale était essentiellement caractérisée par des symptômes de mélancolie anxieuse avec exacerbation délirante périodique coïncidant avec l'arrivée des règles.

Une laparatomie rendue nécessaire par son état physique a été pratiquée le 19 juin sans incident notable et n'a été suivie d'aucune complication, malgré la persistance de l'agitation et du délire.

L'amélioration dans l'état mental est survenue par degrés, suivant pas à pas l'amélioration de la santé physique, et ne s'affirmant définitivement qu'au moment des dernières souffrances physiques, coïncidant pour ainsi dire avec la cicatrisation complète de la plaie abdominale.

« Le terme de folie sympathique ou de délire sympathique a été, ajoute M. Febvré, abandonné par la plupart des médecins aliénistes; il évoque l'idée vague du retentissement à distance dé certains organes les uns sur les autres; mais il consacre en revanche l'importance des causes physiques dans la genèse du délire. »

S'il en est ainsi, les femmes aliénées doivent bénéficier dans l'avenir des immenses progrès faits par la gynécologie. M. Febvré pense que des réformes hospitalières s'imposent pour doter les services de femmes d'installations chirurgicales. Il se propose de publier prochainement les heureux résultats qu'il a obtenus avec M. Picqué à la suite de simples curetages, d'opérations de Schrœder, etc.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

IV. *Le Myxœdème;* par G. Thibierge. (*Monographie clinique*, n° 12, Paris, 1898, G. Masson, éditeur.)

L'auteur démontre que sous ses différentes formes (myxœdème infantile, opératoire spontané de l'adulte, ou congénital endémique (crétinisme), le myxœdème a toujours une caractéristique identique, l'existence des lésions thyroïdiennes; que la glande soit atrophiée, absente par agenèsie; qu'elle ait été enlevée par le chirurgien ou qu'elle soit le siège d'une tumeur goitreuse, elle ne se trouve jamais dans des conditions normales.

Atrophie, absence, extirpation sont physiologiquement équivalentes : l'augmentation de volume pourrait en être l'inverse, si elle n'était due au développement d'un tissu pathologique qui se substitue à la glande et l'annule physiologiquement tout en la doublant anatomiquement.

Absente ou annulée fonctionnellement la glande thyroïde produit le myxœdème comme le rein dégénéré produit l'urémie, comme le foie étreint par le tissu fibreux ou dégénéré cause l'ictère grave.

Le myxœdème n'est pas une entité morbide relevant d'une cause pathogène chimique ou microbienne toujours identique, mais un syndrome relevant de l'absence de fonctionnement du corps thyroïde. Ce n'est pas une maladie à proprement dire, c'est l'aboutissant de malformations, de traumatismes, de maladies diverses. Après un tableau clinique, tracé de main de maître, du myxœdème spontané de l'adulte, l'auteur décrit les aspects cliniques du myxœdème opératoire, du myxœdème infantile et du myxœdème endémique.

L'historique de chacun de ces chapitres est bref, mais clair et complet. Baillarger et les rapports sardes et français d'il y a cinquante ans sur la question du crétinisme en Savoie, Reverdin et Koeher pour la cachexie strumiprive, Bourneville[1] pour le créti-

[1] Voir Bourneville : *Note sur un cas de myxœdème ou cachexie pachydermique* (avec d'Ollier, 1880) ; — *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique* (avec Bricon, 1886); — *Nouveaux cas d'idiotie myxœdémateuse*, 1888, 1889, 1890, 1891, 1895. Tous ces travaux, parus dans le *Progrès médical* ou dans les *Archives de Neurologie* ont été réimprimés dans les *Comptes rendus de Bicêtre;* — *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traité par l'ingestion thyroïdienne* (Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, août 1895); — *Six cas d'idiotie myxœdémateuse;*

nisme sporadique; enfin à propos des cas d'infantilisme opposé à la cachexie parathyroïdienne, les idées nouvelles de Brissaud sur le nanisme sont rapidement indiquées.

Les recherches expérimentales de physiologie comparée, les études de chimie biologique sur les éléments contenus dans le tissu glandulaire sont à leur tour résumés.

Les applications thérapeutiques découlant de ces recherches, la thyroïdothérapie forme le dernier chapitre et en quelque sorte la conclusion naturelle de l'exposé précédent qui se recommande par sa clarté parfaite. A. Marie.

V. *Les enfants arriérés, leur traitement éducatif;* par le Dr Ley. (Anvers, 1898, brochure in-8° de 16 pages.)

Après avoir constaté avec regret que le médecin ne s'occupe que trop rarement de l'éducation des enfants en général, l'auteur fait un court historique de la question touchant l'amélioration des faibles d'esprit; il reporte sur Itard et sur Séguin le mérite d'avoir les premiers montré la possibilité d'élever « l'être anormal à une intellectualité plus grande ».

La classification adoptée par le Dr Ley est celle de Demoor, qui divise les anormaux en deux grandes classes : les *arriérés médicaux*, les *arriérés pédagogiques*.

Sous la première dénomination l'auteur comprend les idiots complets, les idiots simples, les imbéciles. Sous la seconde, les arriérés, les instables, les pervers, ceux que nous désignons sous le nom d'imbéciles moraux. Cette classification paraît faire supposer que parmi les anormaux il existe certains sujets relevant plus particulièrement de la médecine, et certains autres relevant plus particulièrement de la pédagogie. Il est cependant de toute évidence que, quel que soit le dégré de gravité de leur affection, tous les deshérités de l'intelligence appartiennent aux médecins dont les instituteurs doivent seulement être les auxiliaires.

Pourquoi ne pas s'en tenir à la seule dénomination d'*idiotie*, quitte à en reconnaître ensuite plusieurs sortes : l'*idiotie physique*, l'*idiotie intellectuelle* et l'*idiotie morale*? Les idiots complets présenteraient les trois idioties; les idiots simples, les arriérés ne seraient atteints que dans leur intelligence et leur sens moral; quant aux instables et aux pervers, ils ne se distingueraient des enfants ordinaires que dans la manifestation de leurs instincts, de leur carac-

traitement par l'ingestion de la glande thyroïde (Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, séances du 17 janvier 1896 et du 22 janvier 1897) ; — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les obèses idiots et myxœdemateux ou atteints de nanisme* (Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes*, session de Nancy, 1896).

tère, de leur volonté. Que de subdivisions pourrions-nous encore établir dans chacune de ces idioties!

L'auteur reconnaît deux sortes d'arriérés pédagogiques : les *autoritaires*, qui correspondent à nos instables et à nos pervers, et les *passifs*, qui ne sont que des idiots simples et des arriérés. A l'adresse des premiers, nous regrettons que le Dr Ley soit d'avis qu'aucune marque de sympathie ne doive leur être manifestée. Comme si on pouvait améliorer ces antisociaux sans leur inspirer l'amour de la société, dont leurs éducateurs, médecins et instituteurs, sont les plus visibles représentants.

L'auteur dans sa brochure n'a en vue que les arriérés pédagogiques. Les quelques conseils qu'il donne sur leur traitement sont tirés du livre de Séguin ou, tout au moins, inspirés de sa méthode; nous n'y trouvons que des énumérations incomplètes; cela s'explique par le peu d'étendue du travail : M. Ley a simplement voulu donner à ses confrères le sens des indications à fournir aux familles, qui les consulteraient sur le cas de ces malheureux enfants *malades*.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pas eu à sa disposition les comptes rendus de Bicêtre, publiés chaque année depuis 1880, et dans lesquels M. Bourneville indique les nouveaux procédés introduits par lui et ses collaborateurs. J. Boyer.

VI. *Thèses neuro-pathologiques soutenues à la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire* 1897-1898.

M. Favier. *Le cœur dans la chorée;* M. Fichaux. *Épilepsie larvée à forme gastrique.*

VARIA.

Xe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Le dixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Marseille, le *mardi 4 avril* 1899, sous la présidence de M. le Dr Doutrebente, médecin en chef, directeur de l'asile de Blois.

Le programme comprendra : 1o questions mises à l'ordre du jour : **Pathologie mentale** : *Délires systématisés secondaires.* Rapporteur le Dr Anglade, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville. — **Pathologie nerveuse** : *Psychoses polynévritiques.* Rapporteur

Dr Dutil, villa Verdier, Nice. — **Médecine légale** : *Aliénés méconnus et condamnés.* Rapporteur Dr Taty, à la Tour-de-Salvagny (Rhône) ; 2° lectures, présentations, travaux divers ; 3° visite de l'asile d'aliénés de Marseille ; 4° assemblée générale de l'Union des Aliénistes français ; 5° excursions ; 6° impression et distribution des travaux du Congrès. — Prix de la cotisation : 20 francs.

Les aliénés en liberté.

Un individu paraissant âgé d'une quarantaine d'années montait hier matin, place du Louvre, sur la plate-forme du tramway faisant le Louvre à Vincennes et de là se mettait à haranguer la foule : « Mesdames, messieurs, chers frères et chères sœurs, s'écriait-il, l'affaire Dreyfus est finie, bien finie, et les temps heureux commencent. Tous nous pourrons manger tant que nous voudrons et l'absinthe coulera à toutes les fontaines publiques. »

Une centaine de personnes entourèrent bientôt l'orateur, dont le discours fut interrompu par des agents qui le conduisirent au commissariat de police, où il déclara se nommer Pierre G..., ébéniste, demeurant au ciel. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Soleil*, 17 déc.)

L'alcoolisme.

Une foule considérable s'amassait hier matin, dit le *Radical* du 5 janvier, devant un hôtel de la rue Montmartre, attirée par des cris « au secours » et de violentes protestations. Des agents de police, requis aussitôt, entrèrent dans l'hôtel et bientôt le calme fut rétabli.

Voici ce qui s'était passé : depuis quelques jours, habitait là un jeune homme, M. C..., fils d'un commerçant de la rue Montmartre, souvent en proie à des crises d'alcoolisme. Ce jeune homme se livrait alors à toutes sortes d'excentricités ; trois fois déjà il avait dû être interné à l'asile d'aliénés de Clermont.

Hier matin, deux agents de cet établissement se présentaient à l'hôtel et demandaient à parler à M. C... Mis en présence de celui-ci, ils lui présentèrent une lettre de son père réclamant son internement et un certificat de médecin justifiant l'utilité de la mesure réclamée.

A la vue de ces pièces, le jeune homme entra dans une violente colère, poussant des cris, se débattant et refusant de suivre les deux agents. Ceux-ci alors réclamèrent l'intervention de deux gardiens de la paix qui, sur le vu des pièces, vinrent leur prêter main-forte. M. C... fut alors emmené ; hier soir il a été dirigé sur Clermont.

— Une femme de quarante-quatre ans, nommée Henriette Faldein,

dite « Théo », originaire de Genève, demeurant 7, rue d'Austerlitz, vivant avec un ouvrier nommé Jules B..., avait pris depuis fort longtemps la mauvaise habitude de boire plus que de raison.

Avant-hier soir encore, elle fut trouvée ivre-morte dans la rue par une de ses amies, nommée Berthe M..., qui la ramena à son domicile.

Hier matin, après le départ de B..., une voisine pénétrant dans la chambre où dormait Henriette Faldein la trouva morte, baignant dans une mare de sang. Elle alla aussitôt prévenir le commissaire de police qui lança immédiatement, à la poursuite de celui que l'on considérait déjà comme l'assassin, deux agents de la Sûreté. Arrêté au sortir de son atelier, il fut amené devant le commissaire de police, à qui il jura ne s'être point livré sur sa maîtresse à des actes de violence. Néanmoins, malgré ses dénégations, il allait être envoyé au Dépôt, en attendant qu'on statuât sur son cas, lorsque Mme Berthe M..., qui avait appris ce qui se passait, vint relater à ce magistrat dans quel état elle avait trouvé, la veille, la défunte. Un médecin aussitôt mandé, ayant examiné le corps de la malheureuse, reconnut alors que la mort avait été provoquée par une congestion cérébrale. (*Le Soleil* du 14 décembre 1898.) — Voici encore un cas dans lequel on ne semble pas avoir appliqué la *loi sur l'ivresse*.

DEUX ENFANTS TUÉS PAR L'ALCOOL.

Dans un numéro du commencement de janvier, le *Petit Parisien* a publié une dépêche de Rouen, ainsi conçue :

Pendant que les époux Delestre, domestiques de la ferme de M. Lepicard, à Saint-Wandrille-Rancon, vaquaient à leurs occupations, leurs trois enfants, restés seuls à la maison, un garçon de cinq ans, un autre de quatre ans et une fillette de trois ans, s'emparèrent d'une bouteille d'eau-de-vie et d'une bouteille de rhum. Les deux garçons en burent une partie et moururent peu de temps après, malgré les soins qui leur furent prodigués. La fillette n'avait pas voulu boire. On ne s'explique pas l'acte de ces enfants qui ne buvaient jamais de liquides alcooliques. (Janvier 1899.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et promotions :* Par arrêtés des mois d'octobre et novembre 1898 ont été nommés : M. LERICHE,

conseiller de préfecture honoraire de la Seine, directeur de l'asile de Saint-Méens, près Rennes; — M. le Dr Dupain, médecin adjoint à l'asile d'Alençon, médecin en chef à l'asile de Saint-Méens; — M. le Dr Bessières, médecin directeur de l'asile de Saint-Alban, directeur médecin de l'asile d'Évreux; — M. le Dr Nicolan, directeur médecin de l'asile d'Auch, médecin en chef de l'asile de Cadillac; — M. le Dr Coulon, médecin adjoint à l'asile Sainte-Gemmes, médecin adjoint à l'asile d'Alençon; — M. le Dr Papillon, médecin adjoint à l'asile de Montdevergues; — M. le Dr Mahon, médecin adjoint à l'asile Sainte-Gemmes; — M. le Dr Bourdin, médecin adjoint à l'asile de la Charité; — M. le Dr Baruk, médecin adjoint à l'asile de Condillac a été élevé à la première classe; — M. le Dr Chevalier-Lavaux, médecin adjoint à l'asile d'Aix a été nommé médecin directeur de l'asile d'Auch; — M. le Dr Charon, médecin adjoint à l'asile de Bailleul a été nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Alban; — M. le Dr Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert; — M. le Dr Monetier, médecin adjoint à l'asile de Lafond, est nommé médecin adjoint à l'asile de Montdevergues; ont été élevés : à la classe exceptionnelle : M. le Dr Paris, médecin en chef à l'asile de Maréville; à la 1re classe : M. le Dr Braun, médecin en chef à l'asile de Bron; à la 2e classe : médecin directeur de l'asile de Pau; à la 1re classe : M. le Dr Marie, médecin en chef, chargé de la direction de la colonie de Dun-sur-Auron; M. le Dr Malfilatre, directeur médecin de l'asile de Saint-Lizier; — M. le Dr Nicolau, médecin en chef de l'asile de Cadillac; à la classe exceptionnelle : M. le Dr Dubourdieu, médecin adjoint à l'asile de Pau.

Un assassin de seize ans. — On télégraphie de Reims : La cour d'assises de la Marne avait à juger hier un garçon de seize ans, nommé Justin, qui, le 15 juin dernier, rencontrant dans les champs la veuve Lettrée, âgée de soixante-trois ans, débitante de boissons à Saint-Martin-aux-Champs (Marne), l'assassina à coups de faucille. On n'a pu établir le mobile auquel avait obéi ce jeune gredin. Justin a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. (*Le Temps*, du 26 novembre 1898.)

L'enterrement d'un buveur. — On mande du Mans qu'un enterrement peu banal vient d'avoir lieu à Montbizot, une petite commune de la Sarthe. Un vieux disciple de Bacchus, le « père Gervais », décédé le verre en main, était conduit à sa demeure dernière. Pour obéir à une volonté que ce buveur invétéré avait exprimée en présence de nombreux témoins, le cortège s'est arrêté, avant d'entrer au cimetière, au hameau des Forges. Le cercueil a été déposé sur deux chaises. On a placé sur le drap mortuaire plusieurs rangées de verres pleins d'eau-de-vie. Et porteurs, parents, amis, invités

ont bu et trinqué à la mémoire du défunt. La cérémonie mortuaire s'est ensuite terminée sans nouveaux incidents. (*Le Temps* du 27 janvier 1899.)

BARONCINI (R.). — *Isterismo maschile stati di duplice coscienza.* — Brochure in-8° de 30 pages. — Nocera Inferiore, 1898. — Tipografia del Manicomio.

DANIEL (G.). — *Orthopédie mentale. Enfants arriérés.* — Brochure in-8° de 20 pages. — Bruxelles, 1898. — Librairie H. Lamertin.

DHÉRÉ (Ch.) — *Recherches sur la variation des centres nerveux en fonction de la taille.* — Volume in-8° de 68 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1898. — Librairie Jonn et Boyer.

FARABEUF (P.). — *Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés.* — Volume in-8° de 95 pages. — Paris, 1898. — Imprimerie Maretheux.

Fifth Annual Report of the Board, of Managers of Craig Colony to the State board of choritics, — Volume in-8° de 96 pages, avec planches hors texte. — Buffalo, 1898. — The Matthews Northrup C°.

Fifty-first annual report of the trustees of the Massachussetts School for the feeble-minded at Waltham for the year cuding september 30, 1898. — Brochure in-8° de 39 pages. — Boston, 1899. — Wright and Potter printing C°.

Forty eight Annual Report, of the Managers of the Syracuse State Institution for Feeble-Minded Children, for the year, 1898. — Volume in-18 de 98 pages, avec planches. — New-York and Albany, 1898. — Wynkoop Hallenbeck Crawford C°.

FUNAIOLI (P.). — *Contributo allo studio della microcefalia pura.* — Brochure in-8° de 24 pages, avec 6 planches hors texte. — Siena, 1898. — Nava All' Insegna dell' Ancora.

Jahresbricht über die Leistungen und Fortschritte auf den gebiate der Neurologie und Psychiatrie (1er Jahrgang, 1897). — Volume in-8° de 1.568 pages. — Berlin, 1898. — Verlag von S. Karger.

KÖLLA (Th.) et DARDEL (M.). — *Des soins à donner aux épileptiques* (instructions pour les garde-malades). — Brochure in-8° de 23 pages. — Neuchatel, 1898. — Imprimerie Delachaux et Nicollé.

LECLERCQ (J.). — *Les traitements actuels du tabes.* — Volume in-8° de 216 pages, avec 135 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, 1898. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

MARRO (N.). — *La cura del delirio acuto colle lavature gastriche.* — Brochure in-8° de 10 pages. — Torino, 1898. — Tipografia Spandre et Lazzari.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 299.

Vol. VII. Mars 1899. N° 39

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

LA TOXICITÉ DU SANG DANS L'ÉPILEPSIE;

Par le Dr P. COLOLIAN,
Ancien interne des Asiles de la Seine.

Le complexus symptomatique de l'épilepsie parait résulter, d'une part, d'une maladie de l'écorce cérébrale, héréditaire[1] ou individuelle, d'autre part, de causes occasionnelles. Parmi ces causes dernières, on a noté, de tout temps, les intoxications diverses, l'alcoolisme[2], le saturnisme (Martin Solon, Tanquerel des Planches, Leuret, Grisolle, Nivet, Bernard de Montessus). Mais l'observation démontre que bon nombre de sujets, d'apparence indemnes de toute intoxication externe, ont des attaques épileptiques très fréquentes; et en effet, pas d'alcoolisme chez eux, pas de saturnisme, ni autre cause provocatrice d'attaques. Les recherches de ces

[1] Desilles. *Notice sur l'épilepsie considérée sous le rapport de l'hérédité*, th. de Montpellier, 1855. — Foville. *Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (Ann. méd. psych., 1868, t. XI, p. 203). — Dusart. *Hérédité de l'épilepsie*, 1865. — Durand. *De la transmission héréditaire de l'épilepsie* (Ann. méd. psych., 1878, t. XII, p. 279). — Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 240. — J. Voisin. *L'épilepsie*, 1897, p. 6. — Bouchet et Cazanvielh. *De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (Ar. géné., déc. 1825 et janv. 1826). — J. Moreau. *De l'étiologie de l'épilepsie*. (Mém. Ac. de méd., t. XVIII, 1854.)

[2] Motet. *Considérations générales sur l'alcoolisme*, th. de Paris 1859. — Marcé. *Note sur l'action toxique de l'ess. d'absinthe* (C. R. A. des Sc., 1864). — Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1876, p. 73. — Guillemin. *Etude sur l'épilepsie alcoolique*, 1877.

derniers temps, physiologiques et cliniques, démontrent pourtant qu'une intoxication existe, et paraît être la cause quoique secondaire mais réelle de l'attaque. Ce sont les substances toxiques, produites journellement dans l'organisme, et mal éliminées en raison des anomalies des échanges nutritifs, qui remplissent le rôle de l'intoxication externe, en excitant l'écorce cérébrale prédisposée et provoquant l'attaque.

Il y a longtemps déjà qu'on a recherché cette toxicité chez les épileptiques. Dès 1854, Seyfert[1] signale la présence de l'albumine en abondance dans l'urine de quelques épileptiques, après l'attaque. Bazin[2] trouve qu'elle est fréquente surtout après les grandes crises. Huppert[3], de Witt[4], Nothnagel[5], Furstner[6], Rabow[7], Otto[8], Fiori[9], Klendgeu[10], Hallarger[11], Richter[12], Mabille[13], Karrer[14] à l'étranger et Christian[15], Mabille[16], Bowett[17], enfin surtout MM. Jules Voisin et Péron[18] en France, ont fait des recherches sur l'albumine des urines des épileptiques. D'après MM. Voisin et Péron, l'abuminurie post-paroxystique existe dans la moitié des cas, surtout dans l'état de mal.

[1] Seyfert. *Dublin quarterly Journal*, 1854.

[2] Bazin. Thèse de Paris, 1861.

[3] Huppert. *Wirchow's Arch.*, Bd LIX, et *Arch. für Psych.*, Bd VII.

[4] De Witt. *Albuminaria as to sympt. of epilepsia paroxysm* (*the American Journal of med.*, avril 1875).

[5] Nothnagel. *Ziemssen Handbuch*, art. *Epilepsia.*

[6] Furstner. *Arch. für Psych.*, Bd VI.

[7] Rabow. *Arch. für Psych.*, Bd VII.

[8] Otto. *Berlin, Klin. Woch.*, 1875.

[9] Fiori. *Italia Medica*, 1881.

[10] Klendgen. *Arch. für Psych.* Bd XI, 1881.

[11] Hallarger. *Post. epilep. albuminuria* (Nord Med. ark. Stockolm, 1889).

[12] Richter. *Arch. für Psych.* Bd XI.

[13] Rabeneau. *Arch. für Psych.* Bd XII.

[14] Karrer. *Berlin. Klinisch. Wock.*, 1875.

[15] Christian. *Gaz. med.*, Paris, 1881.

[16] Mabille. *Annales medico-psych.*, 1880.

[17] Bowell. Thèse de Paris, 1877.

[18] J. Voisin et Péron. *De l'albuminurie post-paroxystique*, Arch. de Neurologie, n° 69, 1890.

Puis on s'est occupé de la toxicité proprement dite des épileptiques. Parmi ceux qui se sont livrés à ces recherches citons MM. Denys et Chouppe, Féré, et ces temps derniers MM. Voisin et Petit [1], Mairet et Bosc [2], Mairet et Vires [3], D'après M. Voisin et son élève, il y a hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès, et hypertoxicité à la suite des accès, donc élimination des toxines après ces accès. Pour MM. Mairet et Vires, il existe un stigmate permanent dans la névrose, en dehors de toute attaque : l'hypotoxicité urinaire, qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive ou d'épilepsie larvée. On peut même s'en servir, ajoutent-ils, pour diagnostiquer la névrose-épilepsie dans nombre de cas, ainsi que pour étudier, avec un critérium nouveau, l'épilepsie larvée.

Ces résultats ont encouragé à poursuivre les recherches sur la toxicité des différents milieux épileptiques.

Le sang, le sérum sanguin des épileptiques ont été également étudiés. MM. Voisin et Petit ont fait l'examen bactériologique du sang, et se sont demandés si, en dehors de l'auto-intoxication, il ne fallait pas incriminer les produits solubles des staphilocoques qui, insuffisamment éliminés, s'accumulent dans le sang et y déterminent des altérations [4].

D'autres auteurs ont poussé leurs recherches dans une autre voie. Chevalier Lavaure, Régis, Massiou, ont reconnu l'hypertoxicité du sérum sanguin, dans les névroses paroxystiques, la crise épileptique, les convulsions.

Tout dernièrement, MM. Mairet et Vires [5], dans une communication à la Société de biologie, ont donné le résultat de leurs expériences, d'après lesquelles le sérum sanguin des épileptiques paraît être moins toxique que celui de l'homme sain. C'est dans le but de rechercher cette toxicité que nous avions entrepris ces quelques expériences, déjà en 1896, dans le service de M. Briand, à l'asile de Villejuif.

[1] *Archives de Neurologie. De l'intoxication dans l'épilepsie* (nos 98 à 102), 1893.

[2] Mairet et Bosc. *Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques*. Soc. de biol., 1895, et Arch. de physiologie, 1896, n° 2. — *Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathol.*, 1891.

[3] Mairet et Vires. *Un stigmate permanent de l'épilepsie*. (Bull. méd., 1897, p. 83.)

[4] Jules Voisin. *L'épilepsie*, 1897, p. 149.

[5] Mairet et Vires. *Note sur la toxicité du sérum sanguin des épileptiques*, Soc. de biol., 25 juin 1898.

Nous ne nous sommes pas bornés à chercher la toxicité du sérum dans l'intervalle des attaques, mais aussi avant, pendant et immédiatement après. De cette façon seule, on peut se rendre compte de la toxicité du sérum sanguin des épileptiques.

Nos expériences, faites avant la communication de MM. Mairet et Vires, ne s'accordent pas avec les leurs. Ces auteurs trouvent une toxicité moindre du sérum sanguin chez l'épileptique que chez l'homme sain. Nous avons au contraire constaté que cette toxicité paraît toujours supérieure à celle de l'individu bien portant.

Nos expériences étaient simples. Elles consistaient à prendre du sang d'un épileptique, à laisser reposer ce sang vingt-quatre heures afin d'obtenir du sérum, que nous injections à de jeunes animaux.

Nous avons en premier lieu choisi la souris dont le poids varie de 12 à 15-20 grammes. Mais les observations étaient très délicates, on ne pouvait rechercher l'état des pupilles ni prendre la température, et surtout l'injection était sous-cutanée, l'action lente. Aussi avons-nous préféré de jeunes lapins.

Disons immédiatement que l'antisepsie et l'asepsie la plus rigoureuse ont été mises en pratique : les parties d'où l'on devait recueillir le sang étaient lavées et aseptisées avec soin ; le flacon contenant le sang, était bouché par un petit tampon de ouate hydrophile aseptique et conservé dans un endroit frais.

Nous prenions d'abord le sang directement dans les veines au moyen d'une seringue ; puis, craignant des embolies, nous avons essayé de recueillir le sang au moyen de ventouses scarifiées : ce système présentait encore plusieurs inconvénients. Nous nous sommes enfin trouvé satisfait de la piqûre du doigt. On fait une légère incision à la partie externe du petit doigt, une incision de 1 centimètre, et l'on met un flacon à large embouchure au-dessous du doigt. Le sang coule lentement.

Ce sang est poisseux, noirâtre et se coagule très facilement, surtout à la suite de l'état de mal. Cette particularité avait été remarquée par les auteurs, elle est bien semblable à la modification du sang qu'on observe dans diverses intoxications ou infections. Pendant qu'on recueille le sang, il faut de temps en temps, avec la pointe du bistouri, faire tomber les

caillots qui se forment dans la plaie, et au besoin même l'approfondir.

Au bout de dix, quinze, vingt minutes, on obtient suffisamment de sang, ou du moins nous en avons assez obtenu pour nos expériences. Nous passons maintenant à ces expériences.

I. — *La toxicité sanguine chez l'homme normal.*

Après les expériences si concluantes du professeur Bouchard, il ne nous reste rien à dire ; néanmoins nous avons expérimenté chez l'homme sain, afin de comparer la toxicité du sang chez le sujet bien portant et chez l'épileptique, par des expériences faites dans les mêmes conditions. Nous n'avons pas poussé nos expériences jusqu'à la mort de l'animal ; nous voulions simplement savoir si les mêmes quantités de sérum d'épileptique et d'homme sain avaient le même degré de toxicité. Dans les quelques expériences que nous résumons ici, nous voyons que 5, 6, 7 cc. de sérum sanguin sont absolument inoffensifs quand ce sérum provient d'hommes sains, tandis que des quantités moindres de sérum sanguin d'épileptiques (comme nous le verrons plus loin) suffisent pour tuer un kilog d'animal.

Expérience I. — 21 août, lapin de 525 gr., sérum 5 cc. négatif.
Expérience II. — 29 août, lapin 738 gr., sérum 6 cc. négatif.
Expérience III. — 30 août, lapin 640 gr., sérum 7 cc. négatif.

Dans la communication de MM. Mairet et Vires, nous voyons que le coefficient toxique pour déterminer la mort d'un kilog. d'animal avec du sérum sanguin d'homme sain est de 15 cc. Nous étions donc bien au-dessous.

II. — *La toxicité du sang des épileptiques pendant l'intervalle des attaques.*

Expérience IV. — Le 21 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique, est injecté à une souris de 12 gr. Souris morte.

Expérience V. — 25 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 15 grammes. Survie.

Expérience VI. — 25 avril, 1 cc. de sérum sanguin d'épileptique. injecté à souris de 17 gr. 50. Survie.

Expérience VII. — 15 mai, 1 cc. 1/2 de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 13 gr. Très malade, survie.

EXPÉRIENCE VIII. — 21 mai, 1 cc. 1/2 de sérum sanguin d'épileptique, injecté à souris de 15 gr. Survie.

D'après ces expériences, le sang des épileptiques parait peu toxique dans l'intervalle des attaques, c'est-à-dire les malades n'ayant pas eu d'attaques au moins douze heures avant et après l'expérience. Néanmoins il existe une toxicité, puisque, dans un cas, le sérum sanguin d'épileptique a provoqué la mort dans des convulsions, et dans un autre cas, un grand malaise qui a duré plusieurs heures de suite, avec des secousses convulsives des quatre membres. Dans l'expérience ci-dessous, nous ne trouvons pas non plus une forte toxicité au sang d'epileptique.

EXPÉRIENCE IX. — 3 août, lapin 555 gr. sérum sanguin d'épileptique, 4 cc. Survie.

Quelle est donc la toxicité vraie du sérum sanguin de l'épileptique pendant l'intervalle des attaques. Nos expériences très peu suffisantes ne nous le disent pas. Le sang de l'épileptique paraît toxique, mais nous ignorons encore à quelle dose il peut tuer un kilog. d'animal.

III. — *La toxicité du sang immédiatement avant l'attaque épileptique.*

EXPÉRIENCE X. — 11 avril, 3 h. 20 du soir. Sérum recueilli une demi-heure avant une attaque épileptique, injecté à souris de 15 gr. L'injection est sous-cutanée, au-devant des deux membres postérieurs. La quantité est 1 cc.

Dix minutes après, la souris a brusquement des secousses épileptiformes dans les quatre membres ; ces secousses durent à peine une minute; les membres postérieurs sont anesthésiés. L'animal ferme les yeux; ralentissement de la respiration avec arrêt momentané. Un peu plus tard (à 3 h. 50), la respiration est irrégulière, la souris est paralysée du côté gauche (hémiparésie gauche), puis elle tombe avec quelques secousses dans les membres, elle reste étendue sur l'abdomen, la tête sur le plancher, les yeux fermés. Elle demeure dans cet état *comateux* pendant longtemps. Quand nous la quittons (à 5 h. 1/2), elle est toujours dans la même position. Elle est morte dans la nuit du 11 au 12 avril.

L'autopsie ne nous a rien donné. D'ailleurs l'exiguïté de l'animal rendait difficile toute recherche cadavérique.

EXPÉRIENCE XI. — 23 mai, 2 heures du soir. Sérum sanguin pris quarante-cinq minutes avant une attaque de très courte durée. Injection de 3 cc. de ce sérum à un lapin de 880 gr.

Au début de l'injection la température rectale du lapin est de 39°5'. 5 minutes après, accélération respiratoire; la contraction pupillaire commence 15 minutes après ; myosis à 2 h. 1/2. La respiration se ralentit; un peu plus tard elle devient irrégulière avec des arrêts momentanés. La température est descendue à 36°6'. Pas de convulsions. Le lendemain l'animal se porte bien.

Nous n'avons que ces deux cas, et nous ne pouvons dire, en outre, que le sang fût immédiatement d'avant l'attaque. Nos deux malades avaient eu des attaques seulement une demi-heure et quarante-cinq minutes après la piqûre.

On ne peut donc pas considérer nos expériences comme précédant immédiatement l'attaque. Pourtant ce sang paraît assez toxique, plus toxique que chez l'homme bien portant, plus toxique que chez les épileptiques dans l'intervalle des attaques. Il a suffi, en effet, d'un cc. de sérum pour tuer une souris de 15 grammes et de 3 cc. pour abaisser la température d'un lapin de 880 grammes, faire contracter ses pupilles et irrégulariser sa respiration.

Quant à la *toxicité du sang au moment même de l'attaque*, nous ne la connaissons pas. Les attaques épileptiques sont de courte durée et l'on arrive toujours trop tard auprès du malade.

IV. — *Toxicité du sang immédiatement après l'attaque épileptique.*

EXPÉRIENCE XII. — 29 avril. 1 cc. sérum du sang recueilli une heure après une attaque épileptique, injecté à souris de 17 gr. Grand malaise, secousses convulsives. Survie.

EXPÉRIENCE XIII. — 5 mai. 1 cc. 1/2 du sérum sanguin recueilli 2 heures après une attaque épileptique, injecté à souris de 20 gr. Malaise, torpeur, secousses dans les membres. Survie.

EXPÉRIENCE XIV. — La malade E... a eu une attaque épileptique le 20 mai. Vingt minutes après la crise nous avons pris du sang.

L'injection du sérum, 4 cc., a été faite le 21 mai à 4 heures, dans la veine auriculaire d'un lapin de 782 gr.

La température rectale du lapin avant l'injection était de 39°6'. Au début de l'injection elle est descendue à 39°3'. Dix minutes après l'injection la contraction pupillaire commence. Perte des réflexes palpébraux et cornéens une demi-heure après. Quelques

convulsions très courtes dans les membres à 4 h. 50'. Grande faiblesse après ces convulsions. Température 36°5'. Anesthésie des quatre membres. Somnolence. A 5 heures, le lapin reste flasque, la respiration est lente, irrégulière, la température baisse toujours, 34°,5. Myosis, nystagmus.

Mort à 7 heures (3 heures après l'injection) dans le coma. A eu des convulsions généralisées avant la mort. A ce moment la temrature est à 38°9'. Le cœur continue à battre pendant quelque temps après l'arrêt de la respiration.

A l'autopsie pas d'embolie.

Expérience XV. — La malade E... a eu une attaque le 3 juin, à 4 heures de l'après-midi. *Dix* minutes après l'attaque nous prenons le sang.

Le 4 juin, à 5 heures, nous injectons 5 cc. du sérum dans la veine auriculaire d'un lapin de 902 gr.

La température rectale du lapin avant l'expérience était 39°. Immédiatement après l'injection nous n'observons rien d'anormal. Dix minutes plus tard la respiration ralentit, les pupilles se contractent, l'animal ne semble pas à son aise, il ne bouge plus.

A 5 heures et demie, au moment d'introduire le thermomètre, le lapin s'arrête une seconde, hébété, les pattes de devant fléchissant, et il tombe; la respiration se ralentit considérablement, la température atteint en ce moment 36°5. Myosis. L'animal s'affaisse tout à fait, et soudain les quatre membres sont agités par des convulsions cloniques et toniques. La tête est renversée, tout le corps fait un demi-cercle. Les convulsions durent une minute ; pendant cette attaque la température remonte à 39, et la respiration s'arrête. Deux à trois minutes après, une seconde attaque de convulsions épileptiformes qui n'a pas duré plus d'une minute. Température : 39°5'. Une troisième attaque, plus forte et plus longue est survenue quelques minutes plus tard, et le lapin est mort à 6 h. 1/4. Avant la mort, il a lancé quelques cris très aigus. Le cœur continue à battre encore quelques secondes après l'arrêt de la respiration.

L'autopsie a été faite le lendemain matin. Elle ne nous a rien révélé : pas la moindre embolie dans le cœur ou dans les vaisseaux. Légère congestion des méninges et du cerveau. Congestion des deux poumons.

Expérience XVI. — La malade F... a eu un vertige le 7 septembre, à 5 h. 20 du soir. Nous avons le sang 15 *minutes* après le vertige.

Le 8 septembre, à 5 heures, nous injectons 4 cc. 1/2 du sérum clair, jaunâtre dans la veine auriculaire d'un lapin de 725 gr.

Au début de l'expérience la température du lapin était 39°,1; *treize minutes* après l'injection, le lapin a subitement des convulsions cloniques et toniques dans les quatre membres, la respiration s'arrête, le cœur bat très vite. Cette attaque épileptiforme dure

quelques secondes ; immédiatement après l'attaque, la température était à 39°6 ; elle descend lentement ensuite.

Le lapin est alors tout à fait affaissé, il est dans le coma, reste étendu sur le flanc gauche, les paupières fermées ; la peau est complètement anesthésiée. Les pupilles sont contractées, égales ; les globes oculaires sont retournés en dedans et en haut. Ralentissement considérable de la respiration avec un arrêt momentané. Température 34°8.

Cet état comateux a duré 1 h. 1/2. Pendant tout le temps la température s'est maintenue à 34°8, mais vers 6 h. 1/4, elle s'est relevée lentement, et dès ce moment la respiration s'est légèrement accélérée. A 7 heures moins le quart, la sensibilité se réveille et le lapin se tient sur ses pattes.

Nous l'avons quitté à 7 heures, la température était à 38°1', la respiration était normale, les pupilles restaient toujours un peu contractées.

Le lendemain le lapin vivait encore, mais semblait un peu malade. Le surlendemain il se portait bien.

Expérience XVII. — Le malade K... a eu une attaque de courte durée à 5 heures moins 20 (24 septembre).

Le lendemain, à 4 heures, nous injectons le sérum recueilli la veille vingt minutes après l'attaque.

Quantité du sérum : 3 cc. Poids du lapin : 495. Température : 38°9. Dix minutes après l'injection, contraction des pupilles, ralentissement de la respiration. Somnolence. La température s'abaisse : 36°4.

Vingt-cinq minutes après, le lapin a quelques secousses convulsives très courtes ; il ne peut plus se tenir sur son train postérieur dont la peau est anesthésiée. La température descend jusqu'à 33°, et le lapin tombe dans le coma ; il reste étendu sur le flanc, les pattes allongées, la tête entre les pattes antérieures, les paupières closes. La respiration est lente.

Nous le quittons à 7 h. 1/2 dans cet état. Il est mort dans la nuit. Autopsie faite le 26 septembre. Pas d'embolie ni au cœur, ni aux poumons.

Quelques considérations sur ces expériences nous semblent nécessaires.

Les deux premières (XII et XIII) sur les souris ne prouvent qu'une légère toxicité du sang épileptique après la crise. Et ce sang a été recueilli une à deux heures après l'attaque.

Le résultat des autres expériences est plus satisfaisant, plus concluant. Le sang recueilli de dix à vingt minutes après l'attaque est toxique puisque 5 cc. de sérum, réus-

sisent à intoxiquer un lapin de 900 grammes, à provoquer des convulsions et la mort (exp. XIII).

Ainsi, d'après ces quelques expériences, le sang des épileptiques paraît toxique. Et c'est ici que nous ne sommes pas d'accord avec MM. Mairet et Vires. Dans notre expérience VIII, 2 cc. du sérum sanguin ont suffi pour donner des malaises, des signes d'intoxication à un lapin de 880 gram., tandis que 6 et 7 cc. du sérum sanguin d'un individu bien portant n'ont absolument rien provoqué.

Le sang des épileptiques paraît donc plus toxique en général, même chez ceux qui n'ont pas eu d'attaque depuis plusieurs heures, toxique avant l'attaque, mais surtout toxique après l'attaque.

Dans les expériences faites immédiatement après l'attaque, nous trouvons une toxicité bien plus élevée, puisqu'il faut 4 cc. pour tuer un animal de 782 grammes (exp. XIV), 5 cc. pour 902 (exp. XV), 4, 5 cc. pour 925 (exp. XVI), 3 cc. pour 495.

Il faut donc pour tuer un kilog. d'animal :

D'après l'exp.	XIV	5,115	de sérum sanguin	d'épileptique.
—	XV	5,543	—	—
—	XVI	4,865	—	—
—	XVII	6,061	—	—

Le coefficient de cette toxicité oscille par conséquent entre 5 et 6. En prenant la moyenne de ces quatre expériences, il faut 5,396 cc. du sérum du sang d'un épileptique après l'attaque pour tuer un kilogramme d'animal.

Faut-il en conclure que l'épilepsie est une affection toxique ?

Examinons avant de conclure ce qui se passe dans l'éclampsie des adolescents et des adultes, pour ne pas parler de celle des enfants qui n'est, comme dit Bonnier [1], que l'épilepsie.

L'éclampsie qu'on observe après la scarlatine est, d'après Gowers [2], un empoisonnement du système nerveux par les toxines de la fièvre éruptive.

[1] In Barthez et Rillet. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants;* 3e éd., t. I, p. 378. — Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1891, p. 257.

[2] Gowers. *Epilepsy and other convulsivechronic diseases.* London, 1881, p. 19.

D'autre part, le professeur Depaul invoque la congestion cérébrale, la lésion rénale et l'altération du sang pour expliquer l'éclampsie puerpérale. M. Delors (de Lyon)[1] pense également qu'il existe des toxines bactériennes qui ne peuvent s'éliminer par les reins atteints, d'où accumulation de toxicité dans le sang. MM. Doleris[2] et Blanc[3] ont pu isoler des microbes dans des cultures d'urine. Eux aussi concluent à l'intoxication.

Pour Hermann de Berlin[4], l'origine infectieuse de l'éclampsie puerpérale n'est pas douteuse. M. Hergott (de Nancy)[5] admet deux ordres de causes à l'éclampsie de la grossesse : 1° l'auto-intoxication ; 2° l'hétéro-intoxication due aux poisons microbiens.

La présence des toxines dans l'éclampsie puerpérale ne fait pas de doute aujourd'hui. Il y a donc une toxicité produite soit par des microbes, soit par le ralentissement des échanges nutritifs ; puis, stase et augmentation de cette toxicité en raison de l'altération des filtres rénal et hépatique.

Voilà donc une affection convulsive, que plusieurs auteurs ont rapproché de l'épilepsie, dont on a dit même qu'elle était de l'épilepsie aiguë (Vogel, Jacquemier[6]) ; voilà donc une affection épileptiforme qui a, pour cause occasionnelle du moins, l'intoxication. Et nous venons de voir que l'intoxication existe également dans l'épilepsie. Nous y trouvons la même production de toxines dans l'éclampsie comme dans l'épilepsie, il y a donc une toxicité.

Que se passe-t-il alors dans l'un et l'autre cas? La présence des toxines dans l'organisme fait-elle à elle seule éclater l'attaque? Evidemment non. Il faut qu'il existe surtout et avant tout une prédisposition cérébrale, sur laquelle M. le professeur Joffroy a si souvent insisté dans ses leçons et travaux. C'est par cette prédisposition qu'on peut expliquer l'épilepsie expérimentale. Ainsi pourquoi la même dose de furfurol[7]

[1] Delore. Congrès de Blois, septembre 1884.

[2] Doléris. Société de Biologie, 1885 et 1886.

[3] Blanc. *Arch. de toxicologie*, 1889.

[4] Neumann. *Société de médecine de Berlin*, janvier 1892.

[5] Hergott. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1893.

[6] Jacquemier. *Manuel d'accouchement*, 1846, t. II, p. 200.

[7] Joffroy et Serveaux. *Mensuration de la toxicité du furfurol.* (*Arch. de méd. expérim. et d'Anat. pathol.*, 1er mars 1896.)

donne-t-elle chez des lapins ou des chiens de même poids, ayant l'apparence de conditions identiques, chez les uns des secousses, des attaques, tandis qu'elle ne produit aucun trouble chez les autres.

Pourquoi la morphine[1] dans les mêmes conditions de dose, de poids, provoque-t-elle ici quelques convulsions isolées, et là de vraies attaques épileptiques avec crise initiale?

Pourquoi toutes les femmes en couches albuminuriques n'ont-elles pas de crises éclamptiques? Parce que, et toujours, il faut qu'il y ait une conformation de l'écorce telle que des toxines non éliminées suffisent pour exciter les zones épileptogènes. Telle est aussi l'avis de M. L.-W. Weber[2] qui conclut, dans une longue étude sur l'épilepsie, qu'ils faut : 1° une prédisposition héréditaire ; 2° une prédisposition individuelle, c'est-à-dire des dommages de toute sorte qui peuvent porter sur le système nerveux central depuis la naissance ; 3° une cause occasionnelle à retours périodiques qui provoque l'explosion de chaque paroxysme, en irritant l'écorce cérébrale endommagée par les causes précédentes. Et il range parmi la prédisposition individiduelle et les causes occasionnelle, les substances toxiques qui sont produites périodiquement dans l'organisme par suite des anomalies des échanges nutritifs.

[1] Joffroy et Serveaux. L'équivalent toxique de la morphine. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1er juillet 1898.)

[2] L.-W. Weber. *Münch med. Woch.*, n° 26.

Conséquences de l'alcoolisme. — Depuis deux ans, le nommé François Tassely, luthier à la Couture-Boussey, s'adonnait à l'*ivrognerie*, et sa femme avait dû quitter le domicile conjugal, emmenant ses deux enfants. Désespéré de cet abandon, le malheureux s'est tiré, mardi matin, un coup de revolver dans la tempe droite et s'est fait une blessure à laquelle il a succombé trois jours après. (*Rappel de l'Eure.*)

— Rue Ordener, à la suite d'une violente discussion, le nommé André Bret, trente-huit ans, menuisier, étant ivre, a saisi un vase de nuit, en a frappé sa femme à coups redoublés et lui a fracturé le crâne. Quand on l'a emmené au poste, la foule l'a frappé et a déchiré ses vêtements. On n'espère pas sauver la femme Bret.

PATHOLOGIE MENTALE.

DU SENS TACTILE ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE[1];

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous avons vu plus haut que les auteurs faisaient jouer un certain rôle à l'anesthésie et surtout à l'hyperesthésie dans la genèse des conceptions délirantes, plus particulièrement des conceptions délirantes génitales. Que nous apportent à cet égard nos observations? Des 72 constatations avec affaiblissement, 21 soit 30 p. 100 seulement coïncidaient avec un état anormal de la personnalité physique, seulement une des 28 avec abolition soit 6, 2 p. 100 et 28 des 43 avec exagération, soit 84 p. 100. Il est évident par ces chiffres que c'est surtout l'hyperesthésie qu'on constate le plus et l'anesthésie totale le moins dans les cas de troubles de cette personnalité ; mais il n'est pas pas moins certain que dans 16 p. 100 des exagérations 70 p. 100 des affaiblissements et 84 p. 100 des abolitions, celle-ci est normale. D'un autre côté si nous serrons de plus près la question, nous relevons dans nos 1.256 constatations 562 altérations expansives de la personnalité physique et 174 altérations dépressives ; or, des premières 364 existaient et des secondes 162 avec un état normal du tact. Ainsi donc, sans conteste, le tact peut être altéré sans altération corrélative de la personnalité physique, et réciproquement celle-ci peut être altérée sans altération corrélative de celui-là. Mais nos observations nous montrent encore que si nous avons rencontré exclusivement de l'exagération du tact 14 fois, avec un vrai délire de cette personnalité, 14 fois aussi quand il n'y avait que de la *self-satisfaction* physique, par contre 21 fois nous avons relevé son

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 35, t. VI, 1898, p. 376.

affaiblissement manifeste du sens tactile chez des paralytiques qui avaient à un haut degré cette *self-satisfaction*. De même si 8 fois nous avons eu l'abolition avec un délire hypochondriaque dépressif, 8 fois également nous avons eu l'exagération du tact avec ce même délire.

Il serait bien difficile dans ces conditions de ne pas conclure que dans l'immense majorité des cas les altérations expansives ou dépressives de la personnalité physique existent avec un état normal du tact et de ne pas incliner à croire que, quand celui-ci est altéré, il n'y a peut-être que simple coïncidence, d'autant plus qu'on trouve l'altération en moins avec les variétés expansives et l'altération en plus avec les variétés dépressives. Un seul détail est susceptible d'entraîner une certaine hésitation, ce sont les 84 p. 100 d'exagération du tact existant en même temps qu'un trouble de la personnalité physique, mais il ne faut pas oublier que cette altération est surtout fréquente dans les formes agitées et que dans celles-là il y a toujours un état anormal de cette personnalité. D'ailleurs le fait, d'avoir toujours rencontré le tact normal sous toutes les formes mentales dépressives pures et même dans les formes mentales mixtes quand elles ne s'accompagnent pas d'agitation, laissait prévoir les présentes constatations.

Les observations que nous pourrions invoquer sont nombreuses et concluantes. Bornons-nous à en citer quelques-unes. C'est ainsi que le tact était normal chez deux paralytiques qui prétendaient, l'un pouvoir renverser d'un coup de poing une maison de six étages, l'autre porter à bras tendu durant vingt-quatre heures un poids de 500 kilos tandis qu'il était exagéré chez d'autres qui n'avaient qu'une bonne opinion de leur santé. Egalement normal le tact chez un paralytique qui affirmait ne pas pouvoir tenir dans son lit tant son corps était devenu énorme et chez un autre qui durant cinq jours resta immobile, refusant de remuer et répondant à toutes les questions : je suis mort. Par une étrange contradiction, ce dernier indiquait nettement tous les endroits du corps où nous le touchions, sans doute par suite d'une habitude contractée dans les recherches antérieures. Cette même normalité du sens tactile, nous l'avons retrouvée même dans les cas de délire génital, par exemple chez un sujet qui prétendait que le traitement lui avait supprimé la verge et qu'il

n'était plus un homme ; il affirmait que son corps miné était sans force et il réclamait avec instance le système Raspail pour se restaurer. Également chez un second qui avait au contraire la plus haute opinion de ses organes génitaux et de sa virilité ; il pouvait, à l'entendre, déflorer cinq cents vierges au moins par nuit et dans l'état d'érection son gland était aussi volumineux que la tête du gros chat du quartier.

Est-ce à dire que jamais nous n'avons eu occasion de constater une altération du tact coïncidant avec une altération adéquate de la personnalité physique ? Certainement non ; comme les auteurs que nous avons cités, il nous est arrivé de trouver le sens tactile exagéré avec un trouble expansif de cette personnalité, affaibli ou aboli avec un trouble dépressif, mais ce fut l'exception, et étant donnée, je le répète, la masse énorme de cas où le fait ne s'est pas produit et ceux où il s'est produit en sens inverse, je me demande s'il ne s'agit pas de simples coïncidences, non d'un lien de cause à effet. Voici quelques-uns des cas les plus nets que nous ayons constatés :

Le tact était un peu exagéré chez un paralytique qui avait un délire très accusé des forces physiques : il se vantait de tuer un bœuf d'un seul coup de poing, d'étrangler un lion en le serrant dans ses bras et de ne pouvoir écrire qu'avec une queue de billard. Un autre sujet, qui prétendait que tout le côté gauche de son corps ne lui appartenait pas et se livrait sur ce côté à des sévices parfois graves, avait le sens tactile normal sur tout le corps ; ce sens s'exagéra et l'altération de la personnalité physique disparut pour reparaître quand à l'exagération succéda l'abolition. Mais nous avons ici la preuve probable d'une simple coïncidence, permettant d'appliquer le : *ab uno disce omnes*. Le trouble de la personnalité était unilatéral, or l'abolition du tact siégeait des deux côtés. Je citerai encore le cas d'un malade qui eut une aberration étrange, une aberration de poids : il ne pouvait rien supporter sur lui ; la chemise la plus légère pesait au moins vingt kilos, affirmait-il. Quand il était habillé, il déclarait ne pas pouvoir remuer, écrasé par le poids des habits. Le tact resta normal, puis s'exagéra lors d'une crise d'agitation et alors le malade n'eut plus cette bizarre sensation qui d'ailleurs ne reparut plus après le retour du sens tactile à l'état normal.

Que prouvent ces divers faits? Etablissent-ils une relation entre les altérations du tact et les altérations de la personnalité physique? J'en doute fort. Sans doute pris isolés, ils semblent avoir cette signification ; mais si on a la patience et la constance de suivre les mêmes malades en assez grand nombre à toutes les périodes de la maladie, on arrive aux constatations rapportées plus haut et qui ne permettent guère d'établir une telle relation.

Serons-nous plus heureux si nous essayons de rapprocher des altérations du tact non plus les altérations de la personnalité physique, mais les sensations subjectives ressenties par les malades dans la peau, engourdissements, fourmillements, décharges électriques, pincements, tiraillements? Nullement. En effet, quinze de nos sujets chez lesquels le sens tactile a pu être bien vérifié ont eu ces sensations subjectives et chez un seul elles ont évolué parallèlement à un affaiblissement de ce sens. Le paralytique qui fait l'objet de cette unique observation se plaignait de fourmillements dans les jambes qui disparurent au fur et à mesure que le tact, très affaibli, revint à l'état normal. Quelques mois après, retour de l'affaiblissement et retour des fourmillements qui se généralisèrent par tout le corps et parurent influencer l'état mental, car le malade passait une grande partie de la journée à se tâter le corps en répétant sans cesse et dans le même ordre ces trois mots : nom de Dieu, merde, empoisonné. Le fait est isolé, car chez nos 14 autres sujets le tact est resté normal ; 8 avaient des fourmillements dans les jambes, 3 des pincements et des tiraillements, 2 des décharges électriques dans la peau, un dernier la sensation d'une constriction comme si les membres étaient serrés avec une corde. Des 8 qui eurent le tact normal avec des fourmillements à la peau, il en est un, je dois l'avouer, qui les sentit cesser quand survint de l'anesthésie et c'était sans conteste celui qui ressentit au plus haut degré cette sensation, laquelle était répandue par tout le corps, mais plus spécialement localisée aux genoux que le malade frictionnait durant des heures entières.

La seule concession, en présence de tous ces faits, à laquelle nous nous résignerions serait d'être éclectique et de conclure que dans l'immense majorité des cas il n'y a aucun rapport entre les altérations du tact et les aberrations de la personnalité physique, ainsi que les sensations subjectives de

la peau dans la paralysie générale et qu'un rapport entre ces choses n'est constaté qu'à titre exceptionnel.

On sait combien est fréquente chez les paralytiques l'habitude de se dépouiller de leurs habits; il n'y en a guère qui à un moment ou à un autre de leur maladie on ne soit obligé de rhabiller plusieurs fois par jour, et qui, si on les abandonne à eux-mêmes, ne seraient constamment nus. C'est surtout aux périodes intermédiaires de l'affection paralytique qu'on constate cette bizarre tendance, et le curieux est que les malades sont presque toujours incapables d'en fournir l'explication. On dirait qu'ils se déshabillent sans savoir pourquoi; même ceux qui sont encore en état de renseigner ne fournissent sur ce point aucun éclaircissement. A la troisième période, quand ils sont confinés au lit, ce sont les couvertures et les draps qui les recouvrent que sans cesse ils jettent à terre, ne gardant souvent même pas leur chemise. Le tact serait-il altéré dans ces cas? Dans 208 de nos constatations nous avons noté qu'à ces moments nos sujets ne gardaient pas leurs habits; nous laissons de côté, bien entendu, ceux qui enlèvent leurs vêtements pour les lacérer, ne tenant compte que de ceux qui se déshabillent uniquement pour se mettre nus. Malheureusement de ces 208 constatations il n'en est que 96 qui aient fourni un résultat, quant au tact, 192 fois il nous a été impossible d'arriver à vérifier avec assez de certitude l'état de ce sens.

Or, nos 96 résultats se décomposent : 72 normaux, 6 exagérations, 14 affaiblissements et 4 abolitions. Ces chiffres prouvent surabondamment, il me semble, que la manie qu'ont beaucoup de paralytiques de se déshabiller pour se débarrasser de leurs vêtements comme si ceux-ci les gênaient ne dépend pas d'une altération du tact et est due à d'autres causes.

Que les troubles du tact croissent parallèlement aux troubles de la motilité, c'est ce qui ressort nettement d'un tableau précédent, lequel montre l'augmentation progressive de ces troubles avec le développement de la maladie. Mais aux deux premières périodes de la paralysie générale, à la première surtout il existe une grande différence entre l'état de la motilité des sujets : les uns ont celle-ci très atteinte, d'autres ne présentent de ce côté que des désordres modérés, enfin chez certains l'altération motrice est légère; on trouve

même des sujets gâteux, par conséquent à la deuxième période de l'affection paralytique, avec un minimum de troubles moteurs. Voyons donc si les altérations du sens tactile se développent ici encore en raison directe de la motilité, si on trouve pour les deux premières périodes le parallélisme constaté dans l'ensemble de la maladie. Les deux tableaux qui suivent répondent à cette question par l'affirmative. Certes, dans l'immense majorité des cas nous avons dans nos constatations trouvé le tact normal à la première et à la seconde période, non seulement quand les troubles moteurs sont légers et modérés, mais encore quand ils sont marqués et excessifs; mais il n'est pas moins certain qu'à ces deux premières phases les altérations du sens tactile se sont rencontrées d'autant plus nombreuses que la motilité était plus atteinte. Il suffit, en effet, d'un regard sur nos deux tableaux pour constater la diminution progressive de la normalité du tact à mesure que les troubles moteurs sont plus accusés et la marche croissante de l'anormalité avec l'accentuation de ceux-ci. Il est même remarquable que c'est surtout avec les troubles moteurs excessifs que l'écart est fortement accentué. Le fait est surtout frappant à la première période. Si on envisage les troubles légers et modérés de la motilité à cette phase, on ne trouve pour les altérations du sens tactile qu'une différence de 1 p. 100; entre les troubles modérés et les troubles marqués l'écart est un peu plus accusé, 2 p. 100; mais entre les troubles marqués et excessifs on voit cet écart 'élever brusquement à 11 p. 100. A la seconde période les écarts sont, selon le degré d'altération de la motricité, de 8 p. 100, 5 p. 100 et 7 p. 100.

Ajoutons à cela que c'est seulement à la seconde période et avec les troubles excessifs de la motilité que nous constatâmes l'abolition tandis que l'exagération se rencontra de préférence non seulement à la première période, mais encore chez les paralytiques dont les troubles moteurs n'étaient pas excessifs. De cet ensemble de constatations il appert nettement, je crois, que les altérations du sens tactile aux deux premières périodes de la paralysie générale sont l'apanage des sujets à troubles moteurs accusés.

Voir nos deux tableaux détachés, ci-contre.

Plusieurs auteurs, avons-nous vu plus haut, seraient assez disposés à croire que les troubles du tact chez les paralytiques

Première période.

	LÉGERS	MODÉRÉS	MARQUÉS	EXCESSIFS	TOTAL
Normal	231 soit 94 p. 100	182 soit 93 p. 100	350 soit 91 p. 100	42 soit 80 p. 100	805
Exagération	7 soit 3 —	7 soit 3,5 —	15 soit 3,6 —	0 soit 0 —	29
Affaiblissement.	8 soit 3 —	7 soit 3,5 —	22 soit 5,4 —	7 soit 20 —	44
Abolition	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0
Total.	246	196	387	49	878

Deuxième période.

	LÉGERS	MODÉRÉS	MARQUÉS	EXCESSIFS	TOTAL
Normal	35 soit 100 p. 100	77 soit 92 p. 100	91 soit 87 p. 100	84 soit 80 p. 100	287
Exagération	0 soit 0 —	7 soit 8 —	0 soit 0 —	7 soit 6,5 —	14
Affaiblissement.	0 soit 0 —	0 soit 0 —	14 soit 13 —	0 soit 0 —	14
Abolition.	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	14 soit 13,5 —	14
Total.	35	84	105	105	329

	SYPHILITIQUES	ALCOOLIQUES	SYPHILITIQUES et ALCOOLIQUES	TRAUMATIQUES	AUTRES CAUSES	TOTAL
Normal.	532 soit 90 p. 100	175 soit 69 p. 100	175 soit 96 p. 100	28 soit 100 p. 100	203 soit 100 p. 100	1.113
Exagération . . .	43 soit 7 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	43
Affaiblissement. .	16 soit 3 —	49 soit 29 —	7 soit 4 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	72
Abolition. . . .	0 soit 0 —	28 soit 11 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	0 soit 0 —	28
Total. . .	591	252	182	28	203	1.256

généraux ne seraient pas le fait de la paralysie générale elle-même, mais la conséquence d'un élément surajouté : alcool, syphilis, névrose ou affection médullaire. Comme nous avons eu soin de choisir des paralytiques généraux exempts de toute complication névrosique ou médullaire, nous sommes certains que les troubles de leur sens tactile ne provenaient pas de ces deux causes. Les devaient-ils à un élément étiologique spécial, alcool, syphilis, traumatisme cranien? Avec raison, a-t-on soutenu, la paralysie générale ne relève pas d'un facteur unique. Plusieurs causes concourent à l'engendrer. Sans insister sur ce point dont la discussion ne serait pas ici à sa place, nous avons rangé nos 108 paralytiques en cinq groupes différents que donne le tableau ci-contre avec les diverses altérations du tact réparties selon ces groupes.

Ce tableau est très instructif, il nous apprend cinq choses. En premier lieu nous constatons que dans l'immense majorité des cas le tact reste normal quelles que soient les causes qui ont concouru à la genèse de la paralysie générale, mais aussi que seuls les paralytiques généraux syphilitiques ou alcooliques présentent des altérations de ce sens. En dehors de ces deux éléments, dans toutes nos constatations nous avons relevé la normalité du tact. Il est difficile

avec de telles constatations de ne pas reconnaître à la syphilis et à l'alcool une part tout au moins prépondérante dans le développement de ces altérations ; je dis prépondérante et non pas exclusive, car nous avons vu plus haut que les troubles du sens tactile croissent parallèlement aux progrès de la maladie. Si ces deux éléments étiologiques étaient tout, l'alcool surtout, c'est la marche inverse que nous aurions trouvée : le maximum des altérations se rencontrerait à la première période et le minimum à la phase dernière de la maladie ; il est certain que le paralytique général est beaucoup moins alcoolisé à la troisième période qu'à la période initiale. J'estime en conséquence qu'il y a pour ce motif une part à accorder à la maladie.

Notre tableau établit en troisième lieu que dans les constatations opérées on rencontre plus souvent les altérations du tact chez les paralytiques alcooliques que chez les paralytiques syphilitiques ; la différence en faveur de ceux-ci est de 21 p. 100. Ce fait confirme le rôle joué par ces deux éléments, car on sait la fréquence des troubles du sens tactile chez les buveurs. En quatrième lieu nous noterons ce fait intéressant que les altérations en plus sont particulières aux syphilitiques et les altérations en moins aux alcooliques. En effet, chez les premiers nous n'avons jamais relevé d'abolition et seulement un chiffre minime d'affaiblissement tandis que ce sont les seconds qui ont présenté toutes les abolitions avec 20 p. 100 d'affaiblissement et pas une seule exagération. Un cinquième et dernier détail auquel on ne s'attendrait pas est l'absence à peu près complète de troubles du tact chez les paralysés généraux qui ont à la fois à leur actif la syphilis et l'alcool. A priori on aurait cru que l'association de ces deux éléments aurait pour résultat d'accroître le nombre des altérations de ce sens. Or, dans notre tableau à la colonne consacrée à cette association il n'y a ni exagération ni abolition, mais seulement 4 p. 100 d'affaiblissement. On dirait que ces deux éléments, dont la caractéristique d'altération est opposée, se neutralisent l'un et l'autre. Ce fait que nous trouvons pour le tact d'une perturbation en plus chez les paralysés généraux syphilitiques et en moins chez les paralysés généraux alcooliques a d'ailleurs déjà été signalé pour les réflexes dans cette maladie[1].

[1] Voir à ce sujet les quatre mémoires que nous avons déjà publiés sur

Il nous reste à nous demander si les altérations du tact peuvent être de quelque utilité pour reconnaître la maladie et en prévoir l'évolution, de quelque secours en un mot pour le diagnostic et le pronostic.

En ce qui concerne le diagnostic, les troubles du sens tactile que nous venons d'étudier n'apportent pas grande aide, car ce sont ceux de la maladie confirmée. Il est une seule altération du tact qui serait réellement utile : c'est celle signalée par mon oncle, le Dr du Crozant dont nous avons parlé plus haut et qui permettrait de reconnaître la maladie avant l'apparition des troubles moteurs.

Mes constatations tendent ensuite à établir que les paralysés généraux, dans lesquels on constate à la première période des troubles du tact, n'auront ni une marche aiguë ni une longue évolution de leur maladie ; il semble que ces troubles seront l'apanage de ceux dont la maladie est destinée à évoluer dans les limites habituelles. En effet, nos sujets, qui présentèrent à la première période les altérations du tact relevées dans nos constatations, étaient au nombre de douze ; or, l'affection paralytique a eu pour deux une durée d'un an, un an et demi, deux ans et deux ans et demi ; et pour quatre une durée de trois ans, ce qui donne une moyenne de deux ans et deux mois environ. Il ne nous a pas semblé que la nature des altérations rencontrées comportât un élément de pronostic ; nous voyons, il est vrai, deux malades avec de l'altération en plus survivre trois ans, mais la même survie est constatée pour deux autres avec de l'altération en moins, tandis que deux chez qui le tact fut successivement diminué et exagéré, la durée de la maladie a été de deux ans et demi. Quant aux six restant, qui, tous, présentèrent l'altération exclusivement en moins, leur maladie a évolué en un an, un an et demi et deux ans, chacune de ces évolutions pour deux d'entre eux.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus par une étude suivie du sens tactile chez les mêmes paralysés généraux du début à la terminaison de la paralysie. Ils apportent,

les réflexes étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale : *Crémastérien* in *Archives de physiologie*, 1895 ; — *Pharyngien* in *ibidem*, 1897 ; — *Patellaire* in *Arch. Médic. Psycho.*, 1898 ; — *Evolution comparée* de ces trois réflexes in *Bulletin de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1897.

croyons-nous, quelques faits nouveaux, précisent certains autres contestés ou douteux, et surtout fournissent des appréciations basées sur des chiffres tirés d'un très grand nombre de constatations effectuées chez les mêmes malades à toutes les phases de la maladie. Nous les résumerons dans les conclusions suivantes :

I. — En suivant les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale, nous avons réussi dans 70 p. 100 de nos recherches relatives à la constatation de l'état du tact. Nos échecs ont été d'autant plus nombreux que la maladie était à une phase plus avancée : 3 p. 100 à la première période, 15 p. 100 à la seconde, 57 p. 100 à la troisième.

II. — Nous n'avons trouvé le tact altéré que dans la proportion de 12 p. 100 de nos constatations au maximum.

III. — Les altérations que nous avons rencontrées ont toujours été des altérations simples : exagération, affaiblissement, abolition, retard chez les paralysés généraux purs, exempts de toute complication, nous n'avons jamais constaté aucune espèce de paresthésie.

IV. — Les altérations du tact par nous rencontrées chez les paralysés généraux purs, exempts de toute complication, ont toujours été des altérations généralisées, jamais localisées.

V. — Des altérations constatées, la plus rare a été l'exagération (1,5 p. 100) et la plus fréquente, l'affaiblissement (6 p. 100) ; entre les deux se placent l'abolition (2,2 p. 100), et le retard (1,8 p. 100) ; ce dernier, le plus souvent associé à un état normal du tact, plus rarement avec de l'affaiblissement, jamais avec l'exagération.

VI. — Nous avons noté dans l'affaiblissement et l'exagération des degrés divers : léger, modéré, marqué ; mais que le sens tactile fut altéré en plus ou en moins, ce sont toujours les degrés légers qui ont été les plus rares.

VII. — Nous avons vérifié la progression croissante de l'état anormal du tact avec les progrès de la maladie ; rares à la première période, une fois moins rares à la seconde, les altérations du sens tactile ont été notées dans plus de la moitié des constatations à la phase ultime.

VIII. — D'après nos constatations parmi les anomalies du sens tactile, l'exagération et le retard d'un côté, l'abolition de l'autre se montrent en sens inverse aux diverses périodes de la paralysie générale ; les deux premiers, avec leur maximum de fréquence à la première période, deviennent de plus en plus rares avec les progrès de la maladie pour disparaître complètement à la troisième période, tandis que celle-ci, au contraire, tout à fait absente à la phase initiale, augmente de fréquence à mesure que l'affection paralytique marche pour atteindre son maximum à la période terminale. Quant aux affaiblissements, leur marche s'est relevée plus capricieuse et paraît échapper à toute règle fixe ; il en a été de même pour les divers degrés des altérations.

IX. — Nous avons toujours trouvé le tact normal lors des rémissions à l'inverse de ce que nous avons souvent constaté pour les réflexes.

X. — Nous avons rencontré le sens tactile beaucoup plus souvent altéré d'une manière générale dans les phases d'agitation que dans les phases de calme, soit trois fois plus.

XI. — Contrairement à notre attente, nous avons toujours noté l'état normal du tact dans les formes purement dépressives avec conception délirantes exclusivement hypochondriaques. Quant à celles-ci s'associent d'autres conceptions delirantes expansives, si le sujet était calme, le tact restait normal et ne s'est jamais altéré que lors des crises d'agitation.

XII. — Durant les périodes de calme, nous n'avons jamais relevé ni exagération ni abolition ; ces deux troubles n'ont été notés que durant les crises d'agitation, tandis que l'affaiblissement a été constaté quel que fût l'état des malades.

XIII. — C'est dans la forme expansive que les troubles du tact sont les plus fréquents, d'après nos constatations ; ensuite viendrait la forme mixte agitée, et enfin la forme démentielle, tandis que, dans les formes purement dépressives et mixte calme ainsi que dans les rémissions, le tact a toujours été trouvé normal.

XIV. — Dans l'immense majorité des cas, le tact a été trouvé normal avec les altérations soit expansives, soit dépressives de la personnalité physique, et aussi avec les sensations subjectives ressenties dans la peau par les malades ;

c'est seulement à titre tout à fait exceptionnel qu'un rapport a été constaté entre ces divers états délirants et les altérations du sens tactile.

XV. — Il ne nous a pas été possible de constater un rapport entre les états du tact et l'habitude qu'ont beaucoup de paralytiques de se dépouiller de leurs vêtements comme si ceux-ci les incommodaient.

XVI. — Les altérations du sens tactile aux deux premières périodes de la maladie ont été constatées de beaucoup le plus souvent chez les sujets dont les troubles moteurs étaient les plus accusés.

XVII. — Dans l'immense majorité des cas, le tact a été trouvé normal, quelles que fussent les causes de la maladie; toutefois les altérations de ce sens n'ont jamais été constatées en dehors de l'alcoolisme et de la syphilis. Elles ont été plus fréquentes chez les alcooliques paralytiques que chez les paralytiques syphilitiques; en outre, celles en moins sont plus spéciales aux premiers et celles en plus aux seconds, tandis que l'état normal fut habituel chez les sujets porteurs de ces deux éléments étiologiques.

XVIII. — Il est une seule altération du tact qui serait d'un grand secours pour le diagnostic précoce de la paralysie générale, c'est l'anesthésie transitoire précédant les troubles moteurs que signala le Dr de Crozant; mais ce fait intéressant ne peut être recherché qu'en dehors des asiles.

XIX. — Les altérations du tact que nous avons constatées semblent indiquer, quand elles existent à la première période, à en juger par l'évolution de nos cas, que la marche de la paralysie générale ne sera ni suraiguë ni à longue évolution; elles comporteraient le pronostic d'une évolution moyenne, celle la plus habituelle, de deux ans à deux ans et demi, quelle que soit la nature de l'altération, en plus ou en moins.

RECUEIL DE FAITS.

CONDITIONS BIOLOGIQUES DES FAMILLES DES ÉPILEPTIQUES;

Par le Dr Gaston BÉCHET.
Ex-interne des asiles de la Seine.

J'ai eu l'occasion d'étudier dans ma thèse inaugurale les conditions biologiques des familles des paralytiques généraux. Aujourd'hui, je me propose de faire le même travail pour les familles d'épileptiques, d'après une méthode identique. Quarante familles d'épileptiques ont été étudiées avec le plus grand soin pendant notre année d'internat à Ville-Evrard. Si quelque erreur, inhérente à tout travail de ce genre, s'est glissée dans cette étude, nous croyons néanmoins serrer la vérité d'aussi près que possible. Nous étudierons les familles des épileptiques aux quatre points de vue suivants : 1° Longévité : 2° Natalité : 3° Vitalité : 4° Morbidité. Ce plan du reste ne nous appartient pas. Nous l'avons emprunté à MM. Ball et Régis qui dans le journal *l'Encéphale*, 1883, ont fait paraître une série d'articles sur le même sujet.

PREMIÈRE PARTIE

A. LONGÉVITÉ. — *Première génération* (*grands-parents*).

Sur les 160 grands-parents appartenant aux 40 familles d'épileptiques que nous avons étudiées, 25 nous sont restés complètement inconnus.

Des 135 sur lesquels nous avons obtenu des renseignements 5 sont encore vivants, 130 sont morts. L'âge moyen de ces 130 grands-parents, pris au moment de leur décès, est de 69 ans. En séparant les grands-parents du côté paternel de ceux du côté maternel, on trouve : du côté paternel, 30 grands-pères donnant comme moyenne d'âge, au moment

de leur mort, 67 ans et 32 grand'mères donnant, elles, 72 ans, ce qui porte la moyenne pour l'ensemble des grands-parents du côté paternel à 69 ans et demi.

Du côté maternel, 35 grands-pères donnant comme moyenne d'âge au moment de leur mort 69 ans, 38 grand'mères donnant 68 ans, ce qui porte la moyenne pour l'ensemble des grands-parents du côté maternel à 68 ans et demi. En séparant les grands-parents du sexe masculin des grands-parents du sexe féminin, on trouve, pour les grands-parents du sexe masculin, 30 grands-pères paternels donnant 67 ans, 35 grands-pères maternels donnant 69 ans, en moyenne 68 ans. Les grands-parents du sexe féminin se répartissent en 32 grand'mères paternelles donnant 72 ans, et 38 grand'-mères maternelles donnant 68 ans, ce qui porte leur moyenne d'ensemble à 70 ans.

Résumons ces résultats :

Age moyen des grands-parents réunis, 69 ans.

Côté paternel.

Grands-pères	67	69 ans 1/2.
Grand'mères	72	

Côté maternel.

Grands-pères	69	68 ans 1/2.
Grand'mères	68	

Grands-parents masculins.

Grands-pères paternels	67	68 ans.
Grands-pères maternels	69	

Grands-parents féminins.

Grand'mères paternelles	72	70 ans.
Grand'mères maternelles	68	

En se plaçant à un point de vue moins général, on trouve que sur les 130 grands-parents, il a existé :

Nonagénaires	7
Octogénaires	28
Septuagénaires	54
Sexagénaires	19
Quinquagénaires	11
Quadragénaires	6
Trentenaires	5

Deuxième génération (parents).

Sur les 80 parents d'épileptiques, 37 sont encore vivants à l'heure actuelle, 42 sont morts, 1 nous est resté inconnu. Les 42 morts se répartissent de la façon suivante : 25 pères donnant au moment de leur mort 55 ans, 17 mères donnant 43 ans ; soit ensemble 50 ans.

On y trouve :

Octogénaires	1
Septuagénaires	3
Sexagénaires	7
Quinquagénaires	11
Quadragénaires	12
Trentenaires	6
Au-dessous de trente ans	2

Les 37 parents encore vivants se répartissent ainsi :

14 pères dont l'âge moyen est de 61 ans.
23 mères dont l'âge moyen est de 59 ans.

Soit ensemble 60 ans. On trouve sur ces 37 parents :

Nonagénaires	1
Septuagénaires	9
Sexagénaires	10
Quinquagénaires	12
Quadragénaires	4
Trentenaires	1

Chez les familles normales qu'ils ont étudiées, MM. Ball et Régis trouvent un âge moyen de 65 ans et demi pour les grands-parents décédés, de 57 ans pour les parents morts.

La durée de la vie dans les familles d'épileptiques diffère donc *d'une manière sensible* de celle observée dans les familles normales, à la seconde génération tout au moins ; la moyenne pour les familles normales étant de 57 ans, et pour celles des épileptiques seulement de 50.

DEUXIÈME PARTIE

B. NATALITÉ. — *Deuxième génération (oncles, tantes, pères, mères).*

Dans nos 40 familles d'épileptiques, nous avons pu obte-

nir les renseignements les plus précis sur le nombre d'individus issus des grands-parents, c'est-à-dire sur le nombre d'individus nés dans la deuxième génération. Le nombre est de 305, ce qui donne comme moyenne pour chaque famille, le chiffre de 7,62.

Il existait	2	individus	dans	2	familles
—	3	—		1	—
—	4	—		5	—
—	5	—		4	—
—	6	—		7	—
—	8	—		2	—
—	10	—		3	—
—	11	—		2	—
—	14	—		2	—
—	15	—		3	—
—	19	—		1	—

Troisième génération (frères et sœurs).

Sur nos 40 familles d'épileptiques, nous avons trouvé 245 individus à la troisième génération, c'est-à-dire 245 frères et sœurs des malades, eux compris, ce qui donne comme moyenne 6,12 pour chaque famille. Le détail pour chaque famille est le suivant :

Il existait	1	individu	dans	3	familles.
—	2	—		6	—
—	3	—		6	—
—	4	—		2	—
—	5	—		6	—
—	6	—		2	—
—	7	—		2	—
—	8	—		2	—
—	10	—		1	—
—	11	—		3	—
—	12	—		3	—
—	13	—		3	—
—	14	—		1	—

Quatrième génération (enfants).

Sur nos 40 épileptiques, nous avons trouvé :

14 célibataires et 26 mariés.

Ces 26 mariés ont ensemble 30 enfants, soit une moyenne de 1,16 chacun. Dans cette deuxième partie de notre étude, nous remarquons qu'à la deuxième et troisième génération,

la moyenne est plus élevée que dans les familles normales. Dans ces dernières, en effet, cette moyenne est seulement de 4,38, d'après MM. Ball et Régis. Par contre, à la quatrième génération, le chiffre moyen étant de 2,73 dans chaque famille normale, il tombe à 1,16 dans la famille des épileptiques. Nous pouvons donc conclure : Les épileptiques appartiennent à des familles dont l'énergie de reproduction est considérable, notablement supérieure à celle des familles normales. Mais par contraste, la puissance reproductive de leurs ascendants et de leurs collatéraux, fléchit brusquement chez eux pour tomber à un niveau sensiblement inférieur à celui de la moyenne des familles normales ; les épileptiques tendent à la stérilité.

TROISIÈME PARTIE

C. VITALITÉ. — *Troisième génération (parents).*

Sur les 80 parents des épileptiques que nous étudions, 1 nous est resté inconnu, 42 sont morts et 37 vivants. Soit 53,16 p. 100 morts et 46,83 p. 100 vivants.

Dans les familles normales, MM. Ball et Régis donnent : 57 p. 100 morts et 42,5 p. 100 vivants.

Les 42 morts se composent de 25 pères et de 17 mères. Les 37 vivants se composent de 14 pères et de 23 mères. Soit 37,83 p. 100 pères vivants et 62,16 p. 100 mères vivantes.

Dans les familles normales, nous trouvons : 31 p. 100 pères vivants et 54 p. 100 mères vivantes.

Troisième génération (frères et sœurs).

Sur les 245 individus nés à la troisième génération, épileptiques compris, 105 sont morts à l'heure actuelle et 140 vivants, soit : 42,85 p. 100 morts et 57,14 p. 100 vivants. Les 105 morts se répartissent de la façon suivante au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé.

Mort-nés ou par fausses couches	3
Morts de 0 à 3 ans	36
— 3 à 10 ans	39
— 10 à 20 ans	16
— 20 à 30 ans	5
— 30 à 50 ans	6

Soit sur 245 frères et sœurs, épileptiques compris :

Mort-nés ou par fausses couches	1,22	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans	14,69	—
— 3 à 10 ans	15,92	—
— 10 à 20 ans	6.53	—
— 20 à 30 ans	2,04	—
— 30 à 50 ans	2,44	—

et sur les 105 morts :

Mort-nés ou par fausses couches	2,85	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans	34,28	—
— 3 à 10 ans	37,14	—
— 10 à 20 ans	15,23	—
— 20 à 30 ans	4,76	—
— 30 à 50 ans	5,71	—

Pour les familles d'individus normaux, MM. Ball et Régis donnent :

Mort-nés ou par fausses couches	6,66	p. 100.
Morts de 0 à 3 ans	42,66	—
3 à 10 ans	18,68	—
10 à 20 ans	5,33	—
20 à 30 ans	17,33	—
30 à 50 ans	9,33	—

De 0 à 20 ans, il meurt donc :

Dans les familles d'épileptiques	86,65	p. 100.
— — normales	66,67	—

Quatrième génération (enfants).

Sur les 40 épileptiques dont nous étudions les familles, nous avons trouvé 14 célibataires et 26 mariés. Ces 26 mariés avaient ensemble 30 enfants. Sur ces 30 enfants, 19 sont morts et 11 vivants, soit :

Morts	63,33	p. 100.
Vivants	36,66	—

Les 19 morts se répartissent de la façon suivante au point de vue de l'âge auquel ils ont succombé :

Mort-nés ou par fausses couches	7
Morts de 0 à 3 ans	7
— 3 à 10 ans	5

Soit :

Mort-nés ou par fausses couches.	36,84 p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	36,84 —
— 3 à 10 ans.	26,31 —

Dans les familles d'individus normaux, MM. Ball et Régis ont obtenu :

Mort-nés ou par fausses couches	15,90 p. 100.
Morts de 0 à 3 ans.	52,27 —
— 3 à 10 ans.	15,30 —

En comparant ces différentes moyennes, nous pouvons conclure que la vitalité est moindre dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales à la troisième comme à la quatrième génération.

QUATRIÈME PARTIE

D. Morbidité.

Pour l'étude de la morbidité, nous nous sommes servis du tableau de MM. Ball et Régis. C'est là peut-être la partie la plus importante de notre travail. Nous y voyons que, sur 690 individus, 76 nous sont restés inconnus.

203 sont vivants, 411 sont morts.

Sur ces 411 morts, les maladies de l'appareil respiratoire en réclament 136 parmi lesquels 53 morts de phtisie pulmonaire. Viennent ensuite les maladies rangées sous la rubrique vieillesse et qui figurent pour 98, puis, immédiatement après, les affections cérébrales et médullaires avec 84. Remarquons que ce qui élève le chiffre de ce dernier groupe, c'est le nombre important de frères, de sœurs et d'enfants d'épileptiques morts en bas âge de méningite ou de convulsions : 65. Au contraire, les névroses et la folie se trouvent placées au bas de l'échelle : 11 seulement. Ce dernier résultat est en contradiction avec celui qu'ont obtenu MM. Ball et Régis, les affections nerveuses tenant la seconde place dans leur statistique et venant immédiatement après les maladies de l'appareil respiratoire. De l'ensemble des résultats obtenus, nous pouvons conclure :

Les maladies pulmonaires, la phtisie en particulier, sont fréquentes chez les ascendants des épileptiques. Les convul-

sions, la méningite sont fréquentes chez leurs descendants.

Les névroses et la folie sont, d'après nos recherches, remarquablement rares dans les familles des épileptiques. Ces résultats confirment, on le remarquera, l'opinion bien connue de Lasègue, que l'épilepsie n'est pas héréditaire.

Conclusions générales. — 1° La durée de la vie ou longévité est sensiblement inférieure chez les ascendants des épileptiques à celle que présentent les familles normales.

2° La moyenne des naissances ou natalité est plus élevée dans les familles d'épileptiques que dans les familles normales. Les épileptiques appartiennent généralement à des familles nombreuses. Mais, par contraste, si les épileptiques sont susceptibles d'engendrer, tout comme les individus normaux, cette puissance reproductive tombe à un niveau sensiblement inférieur à celui de la moyenne des familles normales. Les épileptiques tendent à la stérilité.

3° La puissance de vie ou vitalité est beaucoup inférieure dans les familles d'épileptiques à celle qu'on trouve dans les familles normales. L'époque de la vie où la vitalité est le moins forte, est le bas âge dans les familles d'épileptiques comme dans celles d'individus normaux. Mais ce défaut de vitalité en bas âge s'accuse d'une façon notable chez les épileptiques.

4° La morbidité, c'est-à-dire la fréquence des diverses maladies dans les familles d'épileptiques présente des caractères bien spéciaux. Les maladies pulmonaires, la phtisie en particulier, sont très fréquentes chez les ascendants des épileptiques. Les affections cérébrales, la méningite en particulier, se rencontrent souvent chez leurs descendants. Les névroses et la folie sont d'après nos recherches, remarquablement rares dans les familles des épileptiques. Ces résultats confirment l'opinion bien connue de Lasègue, que l'épilepsie n'est pas héréditaire.

MORBIDITÉ

	Grands-parents	Oncles et tantes paternels.	Mères.	Oncles et tantes maternels.	Pères.	Frères et sœurs.	Enfants.	Total.		
Vivants	5	33	14	17	23	100	11	203	Vivants	203
Inconnus	25	30	1	20	»	»	»	76	Inconnus	76
Mort-nés	»	»	»	»	»	2	7	9	Mort-nés ou d'affections inconnues.	10
Morts d'affections inconnues	1	»	»	»	»	»	»	1		
— de 0 à 3 ans	»	»	»	»	»	»	»	»		
— au-dessus	»	»	»	»	»	»	»	»		
Vieillesse, enfance	39	10	»	13	»	»	»	62	Vieillesse. Affections chirurgicales. Débilité.	98
Accidents, affections chirurgicales	4	6	3	2	2	6	»	23		
Débilitation, misère	»	»	»	»	»	»	»	»		
Rachitisme, athrepsie	»	1	»	»	»	9	3	13		
Convulsions, méningite	»	»	»	»	»	38	7	65	Affections cérébrales et médullaires.	84
Apoplexie, affections cérébrales indéterminées	7	»	3	»	»	»	»	10		
Paralysie infantile	[illegible]	»	»	[illegible]	»	»	[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	»		

...centricité	»	»	»	»	»	»	»	»	Névrosisme Névrose Suicide, folie.	11
Hystérie	»	»	»	»	1	»	»	1		
Epilepsie	1	»	»	1	»	»	»	2		
Suicide	1	»	»	»	»	»	»	1		
Chagrins, émotions	»	»	»	»	»	»	»	»		
Folie	1	1	»	2	»	1	»	7		
Affections cardiaques	1	2	»	»	1	»	»	5	Affections de l'appareil circulatoire.	21
Anévrisme	1	1	1	2	»	»	»	5		
Hydropisie	1	3	1	5	1	»	»	11		
Phtisie	18	4	3	17	8	13	»	53	Affections de l'appareil respiratoire.	136
Affections pulmonaires	35	12	7	16	2	4	»	76		
Angine, croup, asthme	3	»	»	4	»	»	»	7		
Affections de la vessie	»	»	1	»	»	»	»	1	Affections de l'appareil digestif.	23
Albuminurie. Rétention d'urine	2	»	1	»	»	1	»	4		
Affections intestinales diverses	2	6	»	10	»	»	»	18		
Alcoolisme	2	1	»	»	»	»	»	3	Maladies générales.	13
Syphilis	»	1	»	»	»	»	»	1		
Goutte	»	»	»	»	»	»	»	»		
Rhumatisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Cancer	3	1	»	2	2	1	»	9		
Scrofules	»	»	»	»	»	»	»	»		
Impaludisme	»	»	»	»	»	»	»	»		
Scarlatine, variole	»	»	1	»	»	7	2	10	Fièvres éruptives Maladies contagieuses.	15
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	2	»	2		
Choléra	1	»	2	»	»	»	»	3		
TOTAL	160	114	40	111	40	205	30	690		690

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

IV. **Les dermatophobies**; par M. G. Thibierge.
(*Presse médicale*, 9 juillet 1898.)

Parmi les troubles nerveux dont le point de départ réside dans l'appareil cutané, il en est qui rentrent dans la classe des phobies. Ces désordres physiques, réunis sous la dénomination générale de dermatophobies, ne se développent que chez des sujets tarés au point de vue cérébral, chez des nerveux, des neurasthéniques, des hystériques et surtout des dégénérés. Ils consistent essentiellement en des craintes excessives provoquées, le plus souvent par l'existence de lésions cutanées, et quelquefois mais rarement par la possibilité du développement de celles-ci. Les affections cutanées qui engendrent le plus souvent et le plus facilement des phobies sont les affections parasitaires, celles qui peuvent faire craindre aux malades d'être atteints d'une affection parasitaire, et celles qui occupent le visage ou les organes génitaux. Parmi les parasitophobies, l'acarophobie ou crainte de la gale occupe la première place. Certains cas de dermatophobie dus à la présence de rougeurs sur le visage ou à la peur de voir des taches rouges se développer dans cette région, doivent être distingués de troubles provoqués par la crainte de la congestion faciale (érythrophobie de MM. Pitres et Régis); ceux-ci, en effet, ne dépendent pas d'une affection cutanée, mais sont la conséquence de l'exagération d'un phénomène émotif. La trichophobie, spéciale à la femme et provoquée par une hyperthricose réelle ou par la crainte de cette dernière affection, au visage ou sur toute autre partie du corps, mérite d'être mentionnée; il en est de même de la crainte de la chute des cheveux, de la pelado-phobie. L'herpès génital est de toutes les lésions des organes génitaux externes, celle qui engendre le plus souvent des phobies; l'état mental des malades qui en sont atteints, est caractérisé surtout par des tendances mélancoliques et de la syphiliphobie. Comme toutes les phobies et obsessions, les dermatophobies présentent dans leur intensité, leur gravité et leur signification pronostique de nombreuses variétés. Chez certains sujets, qui se rangent dans la classe des dégénérés, l'obsession cutanée n'apparaît que comme un épiphénomène d'un état psychique grave, relevant de l'aliénation mentale.

Parmi les conditions susceptibles de modifier le pronostic de ces

dermatophobies, il faut signaler l'état psychique de l'entourage des malades; cet élément joue un rôle prépondérant dans la production des cas de dermatophobie à deux ou à plusieurs et de phobie altruiste (sous ce dernier terme, l'auteur désigne les faits dans lesquels une mère névropathique est obsédée par la crainte justifiée ou non du développement d'une lésion cutanée sur le visage de sa fille, obsession qu'elle peut arriver à faire partager par cette dernière).

M. Thibierge recommande d'associer le traitement des lésions cutanées existantes et des troubles fonctionnels réels, au traitement moral, à la suggestion à l'état de veille par le raisonnement seul ou aidé de la suggestion médicamenteuse. Il n'a pas expérimenté la suggestion hypnotique. Les toniques peuvent être prescrits utilement, mais, dans tous les cas, il faut traiter par des médications appropriées, antineurasthéniques, nervins, hydrothérapie, le système nerveux ébranlé des malades. A. Fenayrou.

V. Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection ; par M. E. Régis. (*Presse médicale*, 3 août 1898.)

L'auteur a résumé lui-même ce travail dans ses conclusions ainsi formulées : 1° les délires toxi-infectieux ou auto-toxiques sont analogues aux délires exo-toxiques, dont le délire alcoolique est le type; 2° ces délires ont tous pour formule clinique la *confusion mentale*, sous l'une quelconque de ses variétés; 3° le délire toxi-infectieux, au moins dans sa forme habituelle de confusion mentale subaiguë, est, comme le délire alcoolique, un *délire de rêve ou onirique*; 4° ce rêve délirant n'appartient pas au sommeil normal, mais au sommeil pathologique. Il constitue, par ses caractères, un véritable accès de *somnambulisme*; 5° l'hypnose, lorsqu'elle est possible chez les individus atteints de délire toxi-infectieux, permet de leur rendre le souvenir, en général, plus ou moins perdu de leur crise, et, parfois même, les replonge spontanément dans leur délire; 6° la suggestion peut également être employée thérapeutiquement chez ces malades. Elle paraît réussir surtout dans les cas où, à la suite d'auto-intoxications et d'infections intenses, persistent des idées délirantes isolées et fixes, puisées, comme chez beaucoup d'hystériques, dans le subconscient du rêve somnambulique; 7° le délire onirique correspond très probablement, dans tous les cas, à une intoxication, et semble en être la caractéristiqae clinique.

A. Fenayrou.

VI. Les formes atténuées de la folie périodique ; par le Dr Hoche.

Entre les formes graves de la folie périodique et les oscillations physiologiques de l'équilibre psychique se rencontrent des formes

de transition qui constituent des formes plus ou moins atténuées de la folie périodique.

Les individus atteints de ces formes atténuées de la folie périodique ne sont pour ainsi dire jamais traités dans un asile d'aliénés et sont à peine considérés comme malades. C'est dire que c'est surtout au médecin de famille qu'incombe le diagnostic, la thérapeutique et surtout la prophylaxie de ces formes mentales. Ces dernières, qui se rencontrent toujours sur un terrain dégénéré, ne sont pas moins dangereuses pour la descendance que les formes sévères ; elles le sont même davantage car, en raison de l'insignifiance apparente des symptômes, elles ne sont pas considérées, à l'origine, comme un obstacle au mariage.

Toute dépression mélancolique ou agitation maniaque survenant pour la première fois peut devenir une maladie périodique ; cette possibilité s'accentue lorsqu'il existe une lourde hérédité nerveuse.

Un début rapide, une intensité modérée des symptômes, une guérison en apparence subite indiquent un caractère périodique. Une crise de dépression mélancolique légère et de courte durée survenant comme premier désordre psychique chez un adolescent, est particulièrement suspecte d'être la première phase d'une folie circulaire.

En général, une agitation maniaque peu intense se guérissant rapidement chez un jeune homme n'est pas une folie circulaire, mais peut être suivie d'autres crises d'agitation maniaque. Lorsque les alternatives d'excitation et de dépression surviennent entre quarante et cinquante ans, surtout chez un homme, elles peuvent faire penser à un début de paralysie générale. Le pronostic des désordres mentaux périodiques est favorable en tant que terminaison de la crise, mais défavorable pour l'ensemble des crises.

La thérapeutique n'offre que bien peu de ressources ; mais le devoir du médecin est de s'attacher le plus tôt possible à la prophylaxie et, dans ce but, de s'opposer au mariage des nerveux, des hystériques, des épileptiques, surtout lorsque les deux parties sont suspectes.

Dans l'enfance, la prophylaxie médicale constituera dans un traitement préventif des désordres nerveux et mentaux.

Lorsque surviendra la première crise, le traitement devra être institué sur l'heure.

En dernier lieu, l'auteur insiste sur les difficultés que peuvent présenter ces états atténués, au point de vue médico-légal. (*The alienist and neurologist*, avril 1898.) E. B.

VII. Diagnostic précoce de la paralysie progressive; par le Dr Hoche.

Quand on songe aux dangers que peut faire courir à la société

un homme occupant une haute situation et atteint de paralysie générale au début, quand on réfléchit aux dommages de toutes sortes, moraux et matériels que peut causer à sa famille et à lui-même un paralytique général au début, on comprend l'insistance avec laquelle l'auteur attire l'attention sur le diagnostic précoce de la paralysie générale.

M. Hoche étudie tout d'abord les rapports du tabes et de la paralysie générale pour conclure que le tabes et la paralysie générale sont deux affections différentes mais possédant de nombreux points de contact et pouvant, dans nombre de cas, coïncider chez le même individu. Les divers signes du début sont ensuite décrits et analysés : inégalité pupillaire, troubles de l'accommodation, modifications des réflexes, trépidation épileptoïde, attaques apoplectiformes, crises épileptiformes, migraine ophtalmique, parésie motrice, tremblement, troubles de l'articulation des mots, de l'écriture, céphalées et insomnies rebelles à tout traitement, modifications du caractère, émotivité, perte de la mémoire, du jugement, du sens moral, idées extravagantes de grandeur, etc. Puis se trouve discuté le diagnostic différentiel de la paralysie générale au début avec la neurasthénie, diagnostic parfois fort difficile ; avec l'alcoolisme chronique, les troubles cérébraux consécutifs aux traumatismes craniens, la démence sénile, la sclérose en plaques, etc. En même temps qu'il empêche le malade de ruiner sa famille ou de causer des scandales, le diagnostic précoce de la paralysie générale évite aussi pour lui les excès de tout ordre auxquels il ne manquerait pas de se livrer et favorise l'apparition d'une rémission, en permettant de lui procurer le facteur thérapeutique le plus important, le repos absolu. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.) E. B.

VIII. De l'auto-érotisme; par le Dr Havelock-Ellis.

Sous le nom d'auto-érotisme, l'auteur comprend le phénomène de l'émotion sexuelle spontanée produite en l'absence du stimulant extérieur, direct ou indirect, d'une autre personne.

L'auto-érotisme est actif ou passif : actif lorsqu'il est provoqué par divers instruments spéciaux dont l'énumération serait longue, par certains objets usuels, comme les épingles à cheveux introduites dans l'urètre, par certains jeux ou certaines occupations comme les chevaux de bois, la machine à coudre, la bicyclette, par la pression des cuisses, par la rêverie, cette sorte d'onanisme psychique qui n'est souvent que le prélude de la masturbation ; mais à côté des formes d'auto-érotisme dans lesquelles le sujet prend une part volontaire, il en est dans lesquelles le sujet est en quelque sorte passif, ce sont celles qui se rapportent à l'orgasme sexuel pendant le sommeil

L'auteur, dans une intéressante étude, passe en revue toutes ces formes de l'auto-érotisme après avoir fait remarquer que s'il a créé ce nom d'auto-érotisme, c'est que le terme de masturbation, généralement employé pour désigner ces manifestations est absolument impropre en ce sens qu'il ne s'applique bien qu'à une partie limitée du vaste champ de l'auto-érotisme.

Le résultat le plus fréquent et le plus caractéristique de l'auto-érotisme est l'exagération de la conscience de soi-même sans accroissement simultané de l'estime de soi-même. Toutefois, il est certain que les symptômes de la masturbation, et ses résultats pernicieux ont été beaucoup exagérés ; la masturbation modérée, chez un individu sain, sans tare héréditaire, n'a pas de mauvais résultats et même dans certains cas, chez des gens normaux, ayant passé l'âge de la puberté, la masturbation, loin d'être une forme de vice, peut, pratiquée modérément, être salutaire par le soulagement physique et moral qu'elle procure.

A un certain point de vue, on peut dire que tous les phénomènes auto-érotiques sont anormaux, puisque le but de l'impulsion sexuelle est la réunion des sexes et que toute pratique qui empêche cette réunion est contre nature. Mais nous ne vivons pas dans un état de nature qui permet de répondre librement à ces impulsions et du moment que nous mettons obstacle au libre cours de l'impulsion sexuelle vers les fins sexuelles naturelles, dès lors, inévitablement, se produisent les phénomènes auto-érotiques. (*The alienist and neurologist*, avril 1898.) E. Blin.

IX. Sur trois cas d'impulsion chez des dégénérés ; par le Dr Iscovesco.

Ces trois observations sont réunies par l'auteur sous la même rubrique à cause de l'identité du terrain sur lequel les troubles mentaux de ces malades ont évolué et parce qu'elles peuvent donner une idée nette des différents aspects que peut revêtir, chez un seul individu, l'acte impulsif.

Dans le premier cas, l'impulsion morbide est consciente et ne va pas jusqu'à l'acte. Il n'en est pas de même dans le second cas. où l'impulsion morbide est de deux sortes : tantôt consciente, représentant l'impulsion de la dégénérescence simple, tantôt inconsciente, en raison de l'état vertigineux du sujet. Le troisième cas présente un exemple des délires surajoutés chez un même malade : il existe en effet des hallucinations visuelles nocturnes, des idées de jalousie morbide, des actes de violence conscients, de nature alcoolique, et, d'autre part, des fugues et des actes impulsifs inconscients, de nature épileptique. Mais ces désordres évoluent sur un terrain préparé, un terrain de dégénérescence. (*Annales médico-psychologiques*, août 1898.) E. B

X. **Les paralysies générales progressives** ; par Klippel. (*Monographie de l'œuvre médico-chirurgicale*, de Critzman, n° 2.)

L'auteur reprenant l'ancienne entité de Bayle, cherche à en tracer un tableau conforme en son ensemble aux plus récentes découvertes de la pathologie et de l'histogie pathologique. Les nombreux mémoires antérieurs publiés dans le même sens par M. Klippel l'ont placé au premier rang des chercheurs originaux sur ces questions.

Il pousse l'analyse des lésions histologiques des centres nerveux et des viscères jusqu'à y distinguer des groupes de lésions dont chacun a une origine et une valeur spéciale et comporte, par le fait, un enseignement particulier. Il distingue les altérations selon qu'elles sont primitives ou, au contraire, évoluent à titre d'infections secondaires greffées sur les premières.

L'autre passe en revue les différents types histologiques qui commandent un même syndrome alors que ces types se distinguent néanmoins par leur lésion, leur aspect clinique, leur diagnostic. Les altérations périphériques du système nerveux ne sont point omises et les lésions viscérales sont l'objet d'un examen non moins attentif.

Enfin, M. Klippel applique à la physiologie pathologique de l'affection la théorie du neurône et fait intervenir les auto-infections microbiennes comme causes de l'encéphalite dans les cas où celle-ci est de caractère nettement inflammatoire.

C'est ainsi qu'il groupe les paralysies générales en trois grandes classes : paralysies générales inflammatoires primitives ; paralysies générales secondaires ou associées ; paralysies générales dégénératives, parfois spécifiques ; un paralytique à forme dégénérative peut rentrer d'ailleurs ultérieurement dans le groupe des formes inflammatoires.

L'auteur tire de sa théorie des paralysies générales secondaires par auto-intoxication une explication rationnelle des rémissions si fréquentes et des fausses guérisons de ce qu'on appelait antérieurement les pseudo-paralysies générales. Les altérations constatées du système nerveux sympathique et les troubles vaso-moteurs secondaires donnent la clef des ictus transitoires si fréquents au début comme au cours de ces affections, ainsi que des variétés en apparence contradictoires et disparates des formes expansives et euphoriques ou, au contraire, dépressives et mélancoliques.

Les recherches histologiques de M. Klippel lui permettent de rapporter à des lésions distinctes les symptômes paralytiques et démentiels simples d'une part, et les symptômes délirants d'autre part, ce que Baillarger pressentait cliniquement il y a quarante ans.

Au chapitre diagnostic, l'auteur décrit le syndrome paralytique

fugace, non paralytique proprement dit par son évolution même, mais qui touche aux frontières de la paralysie générale puisqu'un alcoolique non traité à temps peut d'un syndrome fugace passer à l'encéphalite confirmée avec symptômes persistants. Avec les lésions spinales, les formes tabétiques, scléreuses, névritiques, amyotrophiques et bulbaires de la paralysie générale sont passées en revue ; enfin, dans tous les tissus et les viscères dépendant du sympathique, l'auteur montre la constance du processus vaso-paralytique caractérisé toujours par congestion capillaire, hémorragies miliaires, dégénérescences pigmentaires, etc. A signaler au traitement la proposition neuve d'injections intra-craniennes anti-toxiques. A. Marie.

XI. **Délire aigu** ; par le D[r] H.-R. Coston. (*Medical News*, octobre 1898.)

L'auteur rapporte trois observations personnelles de délire aigu. Deux de ses malades moururent : l'une au bout de deux semaines, l'autre au bout de quatre jours; la troisième guérit et l'amélioration apparut à la fin de la seconde semaine.

Les principaux symptômes qu'il observa furent : début brusque, pas d'hérédité, élévation de température, augmentation du nombre des pulsations, insomnie absolue, céphalalgie intense, diminution de la vue avec hallucinations, délire violent : vision de rats, de scorpions, grande excitabilité musculaire : le malade est toujours en mouvement, il s'arrache les cheveux, s'égratigne; il peut reconnaitre ses amis, mais il est incapable de leur parler raisonnablement et il oublie de suite qu'il les a vus. Au bout de huit à dix jours il tombe dans la stupeur et succombe dans le coma, si l'amélioration ne se produit pas. L'amaigrissement est très rapide ; pas de paralysie, ni de troubles gastriques ; il y a de la constipation et de la rétention d'urine.

Le diagnostic du délire aigu est à faire avec la fièvre typhoïde qui s'en distingue par la marche régulière de la température, l'éruption, la diarrhée etc.; avec l'hystérie où on ne trouve pas d'amaigrissement rapide, d'élévation de température, etc.; enfin avec la manie aiguë qui se reconnait à la moins grande gravité des symptômes, à l'absence de fièvre, au caractère conscient du délire, à ses prodromes, à sa marche, etc.

L'anatomie pathologique est mal connue et l'auteur n'a pu faire les autopsies de ses malades; il croit cependant que la mort est causée par l'action d'un microbe sur les cellules nerveuses ou au moins par l'action des ptomaïnes secrétées par ce microbe. Bien des médications ont été essayées, le chloral, le bromure de potassium, sulfonal, trional, etc., etc.; la morphine et l'hyoscine, données en injections hypodermiques, lui semblent les plus indi-

quées et les meilleures; la saignée serait peut-être bonne, mais tout à fait au début. Il faut toujours chercher à alimenter le malade qui dépérit très vite, faire l'antisepsie de l'intestin par du calomel et des lavements, et vider la vessie par le cathétérisme.

A. VIGOUROUX.

XII. De la mélancolie au début; par le Dr J. PUNTON.

La curabilité de la folie dépend en grande partie de son diagnostic et de son traitement précoces; et comme, d'autre part, un grand nombre de formes mentales débutent par des phénomènes de dépression mentale, on comprend l'intérêt qui s'attache au diagnostic et au traitement précoces de la mélancolie.

La mélancolie est ordinairement précédée d'une période d'incubation de durée variable avant de se caractériser par les signes suivants : dépression mentale; insomnie persistante; céphalalgie ou psychialgie reportée ordinairement à la région occipitale; diminution du poids du corps; changements de l'attitude et de la physionomie; diminution de l'appétit et constipation; introspection morbide avec tendances égoïstes; phobies. Tels sont les signes de la mélancolie simple au début.

Doit-on traiter un mélancolique au début dans un asile d'aliénés? Pour soigner et guérir un tel malade, il suffit d'une atmosphère saine, d'un entourage sain. Ces conditions, d'après l'auteur, seront mal remplies dans un asile. Le lieu de choix pour le traitement de la mélancolie au début est un sanatorium.

Pour le traitement de ces malades, devraient être créés des hôpitaux spéciaux, intermédiaires entre l'hôpital ordinaire et l'asile d'aliénés, et dans lesquels le mélancolique au début serait surveillé et soigné jusqu'à ce que la question de la curabilité ait été déterminée. De cette façon, les familles hésiteraient moins à faire placer leurs malades, à la période la plus curable de l'affection. D'autre part, ces hôpitaux spéciaux pourraient recevoir les cas douteux. (*The alienist and neurologist.*, oct. 1898.) E. B.

XIII. Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves; par le Dr BARTON JACOBS.

Dans les cas mortels de maladie de Graves, la mort peut survenir : 1° soit, cé qui est le plus fréquent, sous l'influence du marasme, de la consomption lente, de l'affaiblissement graduel du cœur avec ou sans œdème et albuminurie; 2° soit par arrêt subit du cœur, le malade mourant en syncope; 3° soit par épuisement rapide après des vomissements incoercibles; 4° en raison de la suffocation par la pression du goitre; 5° par épuisement à la suite de délire ou d'excitation maniaque

L'auteur, dans le présent travail, rapporte deux observations personnelles intéressantes d'excitation maniaque rapidement mortelle dans la maladie de Graves et résume ensuite huit cas semblables recueillis dans divers auteurs. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

XIV. **Étude séméiologique de l'agitation**; par le Dr Cololian.

Le qualificatif « agité » est appliqué aux aliénés de diverses sortes qui, soit momentanément, soit d'une manière continue, exécutent des mouvements ou des actes violents et rapides, ou bien à ceux que la maladie rend loquaces.

Après avoir fait une étude d'ensemble des troubles élémentaires psychiques (accélération des représentations psychiques, troubles du langage écrit et parlé, troubles de la mimique, troubles de la volonté, troubles de l'attention) et des troubles organiques de l'agitation, l'auteur, dans un travail intéressant, passe en revue les affections mentales au cours desquelles peut se présenter l'agitation, affections qui constituent trois grands groupes, les psychoses, les folies toxiques et les folies organiques.

C'est ainsi que l'agitation, avec ses caractères particuliers est examinée au cours du délire aigu, de la manie, du délire hallucinatoire aigu, de la mélancolie, de la folie intermittente, de la dégénérescence mentale, de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de l'alcoolisme, du morphinisme, de la paralysie générale, de la démence sénile. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1898.)

E. B.

XV. **Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production**; par les Drs Picqué et Briand.

Les observations qui démontrent l'influence des opérations gynécologiques sur la production des délires sont bien exceptionnelles, si tant est qu'il en existe réellement. La plupart des faits publiés sont incomplets ou ont trait à des délires fébriles ou relèvent d'une cause étrangère à l'opération gynécologique.

Si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire après les opérations gynécologiques, on peut affirmer qu'il est exceptionnel.

Il faut, dans les opérations gynécologiques, distinguer deux groupes :

1° Celles qui s'adressent aux grosses lésions de l'utérus ou des annexes : à celles-là correspondent les délires toxiques. Fréquentes autrefois, elles tendent à devenir de plus en plus rares;

2° Celles qui s'adressent aux troubles subjectifs accompagnant

des lésions souvent insignifiantes et qui constituent le domaine de la petite chirurgie gynécologique (opération d'Alexander, de Schrœder, colporraphies diverses).

A celles-là correspondent le plus grand nombre de psychoses; mais, le plus souvent, on saura, en les examinant, qu'il s'agit d'aliénées anciennes, et on devra leur refuser l'intervention. (*Annales médico-psychologiques*, oct. 1898.) E. B.

XVI. Homicide subconscient et suicide, leur physiologie psychologique ; par le Dr P. Bancroft.

C'est chose bien connue qu'un homicide peut être commis dans le somnambulisme et l'état épileptique, la conscience de l'individu étant totalement ou particulièrement suspendue. De pareils faits sont invariablement accompagnés d'amnésie; ils sont ordinairement sans motifs et si impulsifs qu'ils paraissent avoir une origine réflexe.

La question se pose de savoir si pareille chose ne peut se rencontrer dans d'autres conditions que l'épilepsie? La conscience normale ne peut-elle être assez modifiée par des conditions cérébrales physiologiques ou toxiques, pour qu'elle soit obscurcie?

Les deux observations rapportées par l'auteur sont en faveur de la théorie de la désagrégation de la conscience avec une telle diminution du champ normal que le sujet devient psychiquement anesthésique et amnésique. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de cinquante ans, interné pour un état mélancolique, après deux tentatives de suicide. Il se rappelait ses idées de suicide mais nullement les tentatives: hérédité très chargée.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de cinquante et un ans qui, rentrant chez lui après son travail, dîne avec sa femme avec qui il était en fort bonne intelligence, puis au moment de se coucher tire sur elle deux coups de revolver. Il est arrêté quelques instants après, au moment où dans la chambre à coucher il caressait doucement son petit enfant. Il paraît fort surpris de son arrestation, n'ayant aucun souvenir de l'homicide qu'il a commis. Cet homme est alcoolique.

La suspension de la conscience ou la désintégration de la conscience normale pendant la période de temps où un tel homicide peut être accompli, est un des problèmes les plus difficiles de la psychologie. Dans l'écorce cérébrale existe outre les cellules des connexions multiples, fonctionnelles mais non anatomiques, et il n'y a pas de doute qu'une conscience entière, normale, dépende non seulement de l'action associée des différentes voies nerveuses, mais encore de l'intégrité d'action de toute l'écorce. En conséquence la dissociation des aires corticales amène la désagrégation de la conscience et la dissolution de la personnalité physique.

Pareille désagrégation de la conscience peut être produite artificiellement par l'hypnotisme.

Une division de même nature avec amnésie ne peut-elle se produire en conséquence d'un trouble psychologique profond des centres supérieurs d'un cerveau instable ? et les poisons de certaines fièvres aussi bien que de l'alcool, une émotion intense, un shock, ne peuvent-ils produire cette dissociation des aires corticales ? Si du fait de quelqu'une de ces causes l'intégrité fonctionnelle des centres supérieurs est lésée, ne peut-on assister à la désagrégation de la conscience et à l'amnésie? C'est dans ces conditions subconscientes, dues à la désagrégation des aires corticales, que se produisent ces faits de suicide et d'homicide inexplicables. L'amok des Malais est, sans aucun doute, une de ces explosions subconscientes.

Ces psychoses ne peuvent se produire chez l'individu sain : elles ne se produisent que chez les aliénés, chez les intoxiqués par l'alcool, comme le second malade, dans les cas de fièvre spécifique et particulièrement chez les gens à hérédité nerveuse très chargée, comme était le premier malade. Dans les deux cas rapportés la condition subconsciente fut instantanément produite, comme dans l'impulsion épileptique. Dans le second cas, il est probable que la suspicion jalouse si caractéristique de l'alcoolisme avait depuis longtemps troublé l'esprit du malade : puis lorsque les effets toxiques de l'alcool eurent désagrégé les centres supérieurs, la première idée impulsive qui vint, l'inhibition ayant disparu, fut instantanément réalisée par un malade en état subconscient. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

XVII. **Mélancolie de la lèpre**; par le Dr A. Ashmead.

Dans le journal de l'Association des médecins américains du 26 février 1898, le Dr Hansen, à propos de la communication du Dr Ashmead sur la lèpre au congrès de Berlin, disait que la mélancolie de la lèpre est une découverte du Dr Ashmead, et que personne en Norvège n'a aucune idée de l'existence d'une pareille affection, pour la bonne raison que le cerveau n'est jamais affecté par la lèpre. C'est à cette critique que répond l'auteur dans le présent article : les résultats de nombreuses autopsies faites par différents auteurs établissent nettement que le cerveau peut être touché dans la lèpre et par conséquent qu'il peut y avoir une mélancolie de la lèpre. Du reste, si la lèpre est une maladie microbienne, ses lésions et ses symptômes primordiaux sont localisés dans le système nerveux et indépendants du microbe.

Si le Dr Hansen n'a pas observé de mélancolie de la lèpre en Norvège, cela tient à diverses conditions physiques et psychiques particulières au pays et dont l'auteur trouve l'énumération dans

un ouvrage du Dr Wolff (de Strasbourg). Au congrès de Moscou de 1897, le professeur Meschedes (Königsberg) en rapportant l'histoire d'un cas de psychose chez un lépreux disait qu'à son avis la lèpre exerce une influence directe sur le développement de la démence du fait de lésions irritatives du système nerveux produites soit par le bacille de Hansen, soit par ses toxines. (*The alienist and neurologist*, juillet 1898.) E. B.

XVIII. **De la folie à son début**; par Crochley Claphans. (*Quarterlz medical journal*, juillet 1898.)

Le début de la folie est la période où cette maladie est le plus curable. Souvent par préjugé que la folie est honteuse, on la cache avec soin sans l'avouer au médecin : alors qu'à ce moment un spécialiste expérimenté pourrait parfois obtenir la guérison sans avoir recours à l'internement. Quand le changement de milieu s'impose, il doit se faire, s'il est possible, dans une famille amie ou dans une famille rétribuée : dans le cas de tendances suicides, homicides ou destructives il faut interner le malade dans un asile.

Le plus souvent le médecin de la famille appelé à donner les premiers soins emploie le bromure de potassium avec plus ou moins de discernement. Si le bromure rend de grands et réels services dans les cas d'insommie due à l'hyperhémie cérébrale accompagnée de mélancolie et de tendance au suicide, il est dangereux dans les cas d'insommie provoquée par l'anémie cérébrale qu'il aggrave. L'opium associé au tartre stribié, le paraldéhyde, le chloral, le sulfonal, le trional, combattent avec succès certaines formes d'insomnie. Mais il ne faut pas négliger l'hygiène et le régime qui souvent seules arrivent à perdre le sommeil. De même pour les fonctions intestinales, les purgatifs peuvent être remplacés avec avantage par un régime alimentaire approprié, du massage abdominale avec ou sans électricité.

Il a aussi des cas de folie se développant chez des adolescents (folie morale) qui peuvent être améliorés par l'isolement à la campagne l'exercice physique et un régime alimentaire. Les folies puerpérales survenant avant ou après l'accouchement, la folie de la lactation d'un pronostic variable bénéficient également d'un traitement à domicile lorsqu'elles sont traitées à leur début par un médecin expérimenté.

D'une manière générale on peut dire que la folie au début pourrait être traitée d'une façon avantageuse sans que les malades soient frappés du « stigmate de la folie » qu'apporte le certificat. C'est dans cet esprit qu'on a demandé qu'une clause concernant la folie au début fut annexée à la loi sur les aliénés. Grâce à cette clause les malades, au début de leur accès d'aliénation ou dont

l'état de folie ne serait pas encore confirmé, pourraient être soignés pendant un temps limité sans qu'il soit nécessaire d'en aviser les commissaires et les magistrats. Un certificat médical affirmerait que la folie n'est pas confirmée et qu'un isolement de six mois au plus est nécessaire. Pareille loi est en vigueur en Ecosse où elle rend de grands services. A. Vigouroux.

XIX. **Aliénation mentale commençante**; par Crochley Clapham. (*Quarterly medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur signale une proposition de loi et un assez grand nombre de cas de folie maintenus en famille, en observation spéciale et en traitement avant déclaration définitive de folie et mise en surveillance officielle. Il estime que bien des cas de folie pris tout au début pourraient être avec fruit traités de bonne heure et vite guéris, en évitant le stigmate de l'internement et la flétrissure fâcheuse de la déclaration officielle de folie, cause de chocs moraux profonds pour les familles et les malades. Marie.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XX. **Sur une épidémie de beriberi à l'asile de Richmond, de Dublin**; par Conolly-Norman. (*British med. Journal*, 25 septembre 1898.)

Cette épidémie est intéressante en ce qu'elle a éclaté dans une région tempérée, dans un milieu manicomial où l'étiologie est restée obscure. L'encombrement, les défauts d'hygiène tenant à l'ancienneté des constructions et à la modicité des ressources d'entretien et à certaines insuffisances de régime, s'y traduisaient antérieurement par l'endémie physique et dysentérique.

L'asile prévu pour 1 000 malades en contenait 1 400. Les eaux ne sauraient être incriminées étant les mêmes que pour la ville de Dublin. Peut-être le poisson scarlet a-t-il pu apporter de Terre-Neuve le germe infectieux dans les aliments. L'affection, étendue à 534 malades en trois épidémies, affecta la forme de névrites périphériques aigus avec myosites, œdèmes, paralysies et rétractions atrophiques avec contractures consécutives; mortalité de 8,2 p. 100. Une récente épidémie semblable, étudiée à l'asile d'Angers par M. Chantemesse qui en a publié l'étude bactériologique complète, donne à cet article un intérêt particulier. Dr Marie.

XXI. Du myxœdème et des troubles qui s'y rattachent; par W. ORD. (*British med.*, 8 septembre 1898.)

L'auteur étudie dans une série de paragraphes successifs le diagnostic et les symptômes à différents degrés de l'affection, les modifications locales et mentales consécutives, les altérations intimes de la glande thyroïde et des tissus, les symptômes secondaires et complications, hémorragies, etc. Enfin il termine par le traitement qu'il préconise par ingestion directe de la glande même. Tableau des modifications urinaires corrélatives au traitement. Dr A. MARIE.

XXII. Un cas de myomiélie; par le Dr Théodore MILLER. (*Medical News*, octobre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de trente-neuf ans qui présenta d'abord de la faiblesse dans les muscles de l'épaule, puis de la paralysie et de l'atrophie de ces mêmes muscles; ensuite apparurent la thermo-anesthésie, des troubles trophiques des mains, de la scoliose et la dissociation des sensations. Cette dissociation, bien qu'elle ne soit plus regardée comme pathognomonique de la syringomyélie puisqu'elle a été décrite dans l'hystérie, la névrite et la myélite, est un symptôme de gravité importante. Deux diagrammes accompagnent l'observation montrant les localisations des diverses anesthésies. A. V.

XXIII. Trois cas de torticolis spasmodiques; par R.-H. PARRY. (*Brit. Medical Journal*, novembre 1898.)

La première observation concerne un homme de trente-cinq ans admis à l'infirmerie royale pour un torticolis spasmodique. Trois ans auparavant il tomba en arrière sur un bloc de bois et se contusionna la nuque. La douleur fut peu vive et ne l'empêcha pas de continuer son travail; ce furent ses camarades qui s'aperçurent que sa tête était secouée et tournée du côté gauche. Progressivement en quelques mois la douleur et le spasme augmentèrent et finirent par l'empêcher de travailler. Un premier traitement fut essayé à Glascow : un nerf fut sectionné du côté gauche du cou, puis le nerf accessoire du spinal droit fut reséqué sans succès. Un traitement médical n'eut pas de meilleur résultat : massage, extension, galvanisme, tout échoua et son cas fut réputé incurable.

A son entrée à l'infirmerie royale il présentait les symptômes suivants : la tête était tournée vers la gauche à un degré tel que la face regardait par-dessus l'épaule gauche; et si à l'aide des deux mains il mettait sa tête en bonne position, la contraction du sterno-

mastoïdien, du splenius et du trapèze la plaçait dans la position première. Le sterno-mastoïdien droit était flasque et ne prenait aucune part à la formation ni au maintien de la difformité. Quand le spasme cessait, la douleur était très vive. Pendant le sommeil chloroformique le spasme cessait et la tête était facilement tournée à droite.

L'auteur se décida à sectionner les nerfs du groupe gauche des muscles occipitaux. L'incision fut faite en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche dont les fibres furent sectionnées jusqu'au splenius qui fut aussi coupé, ainsi que le complexus. Le nerf grand occipital fut soulevé, et sa troisième et quatrième branche furent coupées. Les suites opératoires furent bonnes, et le malade guéri put reprendre son travail abandonné depuis deux ans.

La seconde observation a beaucoup de points communs avec la première ; même analogie, même difformité, mêmes essais infructueux de traitement.

L'opération consista en la résection d'une partie du nerf accessoire du spinal droit qui amena peu d'amélioration ; l'attention ayant été portée sur les muscles de l'autre côté, ceux-ci furent massés complètement et en peu de mois la guérison fut complète.

Un troisième cas en ce moment en traitement subit la même opération (section de l'accessoire du spinal), et grâce au massage des muscles de l'autre côté l'amélioration se manifesta.

De ces observations l'auteur tire ces conclusions : 1° dans le traitement des torticolis spasmodiques deux sortes de muscles doivent être traitées, d'un côté le sterno-mastoïdien, de l'autre les muscles occipitaux ; 2° le traitement médical, qui dans ce cas, a duré plusieurs mois, n'a eu aucune influence sur la maladie ; 3° quand la section du nerf accessoire n'a pas provoqué d'amélioration, le massage du groupe occipital opposé doit être pratiqué avec persévance et il peut être utile de sectionner les nerfs innervant ces muscles. A. Vigouroux.

XXIV. **Hérédité et circoncision** ; par Eugène Talbot. (*Médecine*, *Détroit*, juin 1898.)

L'auteur, se basant sur de nombreuses observations, tend à admettre la transmission héréditaire des effets de la circoncision. Contrairement à Weissmann, qui dans sa théorie de l'hérédité n'admet pas que les mutilations puissent se transmettre aux descendants et, en ce qui concerne le cas particulier de la circoncision, prétend que l'absence congénitale du prépuce s'observe également chez les peuples qui pratiquent la circoncision et chez ceux où ce rite n'est pas en usage, Talbot estime que l'hérédité constitue un facteur important dans la production de cette ano-

malie. A l'appui de son dire, il cite les statistiques de plusieurs médecins israélites de Chicago. Le Dr Cahen, qui en l'espace de vingt ans a pratiqué dix mille circoncisions, a trouvé le prépuce absent cinq cent fois; dans deux mille cas, il était peu développé.

P. Rellay.

XXV. **De la Spondylose rhizomyélique**; par P. Marie. (*Revue de médecine*, 1898.)

M. Marie appelle ainsi une affection chronique à évolution très lente et caractérisée par une rigidité extrême du rachis et une soudure progressive des articulations coxo-fémorale et scapulo-humérale.

Les observations de cette affection sont encore peu nombreuses; l'auteur n'en a encore observé que trois cas dont deux très caractéristiques. Quelques cas recherchés par lui chez des auteurs étrangers semblent se rapporter à cette maladie ; un squelette du musée Dupuytren présente des lésions semblant se rapporter à une évolution identique. En somme les documents peu nombreux jusqu'à présent ne permettent pas encore d'établir une symptomatologie définitive. Dans son ensemble cette affection débuterait vers l'adolescence (15 à 20 ans) ; les premiers symptômes seraient des douleurs dans les articulations des membres inférieurs ; ce n'est que longtemps après que survient l'ankylose. Lorsque celle-ci est déclarée, l'attitude du malade est caractéristique. Il semble comme soudé, comme empalé. Le tronc est projeté en avant par ankylose en flexion de l'articulation coxo-fémorale ; les articulations du genou prennent seules part à la marche et le malade, pour éviter une position fatigante, est obligé pour marcher d'appuyer les mains sur les cuisses, les genoux étant en demi-flexion.

Le petit nombre de cas observés ne permet pas encore de fixer la marche de la maladie. Jusqu'ici aucune autopsie n'a pu être faite.

La présence, dans deux des cas observés, des nodosités de Bouchard tendrait à éliminer au point de vue étiologique toute cause infectieuse et à faire de cette maladie une affection par trouble de nutrition.

MM. Spillmez et Etienne viennent de donner tout récemment l'observation d'un nouveau cas. Le début de la maladie remonterait à l'âge de 4 ans ; le sujet qui a actuellement 53 ans présente des symptômes à peu près identiques à ceux décrits par M. Marie : ankylose progressive des articulations coxo-fémorales, soudure du rachis, flexion du tronc en avant, etc. Même début lent et insidieux.

M. Hamel.

XXVI. **Trois nouveaux cas d'amyotrophie primitive progressive dans l'enfance**; par Hanshalter. (*Revue de médecine*, 1898.)

Trois observations portant sur des cas d'amyotrophie précoce à début insidieux et à développement relativement rapide. Ces cas rentreraient dans des formes intermédiaires aux diverses formes classiques décrites. M. Hamel.

XXVII. **Note sur la narcolepsie épileptique**; par Ch. Féré. (*Revue de médecine*, 1898.)

C'est une réponse à un travail récent de M. Lamacq qui tout en admettant la narcolepsie comme symptomatique, critique le terme de narcolepsie qui semble rappeler l'invasion brutale de l'attaque d'épilepsie. D'après M. Lamacq le début brusque n'existe pas et la narcolepsie n'est d'ailleurs jamais symptomatique de l'hystérie, ni de l'épilepsie. Ce n'est pas l'opinion de M. Féré qui, rappelant certains cas où l'invasion brusque du sommeil était manifeste, rapporte trois observations d'épileptiques chez qui les attaques brusques de sommeil accompagnaient ou même remplaçaient les attaques, et s'éloignaient avec elles sous l'influence du traitement bromuré. M. H.

XXVIII. **Hypothèses sur la pathogénie des paralysies hystériques**; par le Dr Guinard (*Revue de médecine*, 1898.)

Deux hypothèses différentes ont été récemment émises par M. Lépine et M. Branly sur la pathogénie des troubles moteurs chez les hystériques. L'hypothèse de M. Lépine est tirée des travaux de M. Mathias Duval et Ramon y Cajal sur le neurone.

Les paralysies passagères tiendraient à un défaut momentané de contiguïté des arborisations terminales du neurone et à une entrave consécutive à la transmission de l'influx nerveux.

A cette explication physiologique M. Gerest dans un travail récent, sous l'inspiration des travaux de M. Branly sur les « radio-conducteurs », oppose une hypothèse toute psycho-physique. Il compare les neurones à une série de grains métalliques noyés dans une gangue isolante très faible et pouvant perdre par de simples conditions physiques (choc brusque, etc.) leur conductibilité électrique. Pour que la transmission électrique se produise, il suffit que cet arrêt cesse et il est inutile pour cela que les neurones entrent en contact.

Tout en rendant justice à l'ingénieuse hypothèse de M. Branly, l'auteur de l'article pense qu'en l'état actuel de la science les éléments manquent à l'interprétation rationnelle de cette hypothèse et préfère provisoirement se rallier à celle des mouvements cellulaires du neurone. M. H.

XXIX. Entraînement suggestif actif ou dynamogénie psychique; par Bernheim. (*Revue de médecine*, 1898.)

La suggestion thérapeutique ne consiste pas toujours à endormir le malade en lui faisant croire qu'il est guéri. Cette suggestion ne réussit pas constamment et peut être avantageusement remplacée dans certains cas par un entraînement suggestif, à l'état de veille, de la volonté du sujet.

C'est ce que l'auteur appelle entraînement suggestif actif. Plusieurs guérisons ou améliorations ont été obtenues par l'auteur dans des cas de paralysies rebelles, principalement chez des neurasthéniques et des hystériques. M. H.

XXX. Accès répétés de monoplégie brachiale fugace pendant quinze ans. Epilepsie jakcsonienne; par le Dr Bouchaud. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 20.)

Pendant dix ans environ la malade dont l'observation est relatée dans ce travail n'a présenté qu'une paralysie limitée au bras droit, apparaissant sous forme d'accès de courte durée et disparaissant sans laisser de traces; plus tard se manifestèrent quelques troubles de la sensibilité et une paralysie qui persista et s'étendit aux deux membres du même côté ; enfin quinze ans après le début de l'affection, survinrent des attaques convulsives épilepliformes qui débutèrent dans le membre supérieur du côté paralysé et s'accompagnèrent de perte de connaissance. Rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans la marche des accidents, n'a permis de soupçonner une lésion syphilitique. L'auteur croit pouvoir expliquer les accidents de cette malade par l'existence dans le cerveau d'une tumeur gliomateuse. Ce gliome a pu au début, étant sous-cortical, comprimer le centre des mouvements du bras ou une des artères qui l'alimentent et déterminer une paralysie passagère du membre par le fait de la compression ou de l'anémie. Plus tard en augmentant de volume, il aurait amené une altération profonde du centre moteur et par suite une paralysie permanente. Enfin, dans les derniers temps de la vie, en excitant les cellules motrices de la région, il aurait provoqué les crises convulsives. G. D.

XXXI. La fausse réminiscence dans l'aura de la migraine; par Ch. Féré. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 18.)

Observation d'une femme de trente-six ans, migraineuse, qui dans la période prémonitoire de chacun de ses accès croit reconnaître des objets ou des scènes que certainement elle voit pour la première fois. Ce sont surtout les impressions brusques survenant au cours de la dépression prémigraineuse qui provoquent l'illu-

sion : un étranger qui se présente, un objet qui tombe, une maladresse d'un domestique ou une escapade des enfants, une rumeur dans la rue etc. L'illusion est essentiellement éphémère; elle dure très peu de temps, quelques minutes au plus et cesse dès que la douleur sus-orbitaire qui marque le début de l'accès a apparu.

G. D.

XXXII. **Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème;** par MM. E. Régis et N. Gaide. (*Presse médicale*, 1er octobre 1898.)

A propos de l'article de M. Briquet (d'Armentières) sur les rapports de la maladie du sommeil et du myxœdème, paru dans le numéro du 7 septembre 1898, de la *Presse médicale*, M. Régis rapporte l'observation d'un cas d'hypnosie traité par M. Gaide, médecin de la marine, au mois de décembre 1896, au Soudan français. La médication thyroïdienne a été seule employée; M. Gaide a été amené à l'utiliser par l'analogie frappante qui lui a paru exister entre les symptômes de cette affection et ceux des états myxœdémateux et crétinoïdes. Le malade a succombé avec des signes de méningo-encéphalite, le cinquième jour de son entrée à l'infirmerie.

M. Régis fait suivre cette observation de quelques réflexions qu'il déclare sujettes à contrôle. Il constate que ce cas réalise cliniquement, de la façon la plus nette, le tableau des maladies toxi-infectieuses graves terminées par méningo-encéphalite et en conclut qu'il y a lieu de supposer que la maladie du sommeil n'est qu'une toxi-infection. Selon lui, on est autorisé à penser que la somnolence pathologique est, d'une façon générale, un symptôme d'intoxication, mais qu'elle n'appartient pas exclusivement à une intoxication particulière. On ne saurait donc s'appuyer sur son existence dans le myxœdème et l'hypnosie pour admettre l'identité de ces deux affections. Au reste, tandis que la tendance au sommeil est le symptôme constant et caractéristique de l'hypnosie, elle ne s'observe que rarement et accessoirement dans le myxœdème, où domine, ce qui est bien autre chose, la torpeur physique et mentale. L'hypertrophie du corps thyroïde, de même que l'hypertrophie de tout le système ganglionnaire paraît être, dans la maladie du sommeil, secondaire et non primitive, conséquence et non cause. Il s'agit là, sans doute, comme dans nombre d'infections, d'une accumulation élective de poison, en vue de sa neutralisation ou de son atténuation. Dès lors, le myxœdème étant une auto-intoxication d'origine thyroïdienne, l'hypnosie serait plutôt une exo-intoxication, avec retentissement sur l'ensemble des appareils glandulaires, thyroïdien et lymphatique. C'est à ce titre et pour aider à l'activité antitoxique de ces organes que le traitement thyroïdien pourrait être tenté et donner, peut-être, quelques résultats.

A. Fenayrou.

XXXIII. **Deux cas de paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial. Examen et traitement électrique**; par M. F. Allard. (*Presse médicale*, 24 septembre 1898.)

L'orateur rapporte les observations de deux enfants atteints de paralysie radiculaire obstétricale du plexus brachial, du type de Duchenne-Erb, qu'il a traités avec succès par l'électricité. Il existait dans les deux cas une diminution parallèle des excitabilités galvanique et faradique; la réaction de dégénérescence faisait défaut, ce qui indiquait que la lésion des racines nerveuses avait été relativement légère. Le traitement a consisté d'abord en applications galvaniques, puis, lorsque l'examen électrique a révélé une augmentation sensible de l'excitabilité faradique, en applications galvaniques et faradiques combinées. Dans un cas, il a été entrepris quatre mois après la naissance de l'enfant, et a nécessité cinquante séances d'électrisation, réparties en un laps de temps de trois mois et demi; dans l'autre, où il a été mis en œuvre un mois après la naissance, il a duré deux mois environ et a comporté trente séances semblables en tous points aux précédentes. Les faits relatés par M. Allard, établissent que ce mode de traitement, très facilement supporté par les nouveau-nés, agit d'autant plus rapidement qu'il est institué d'une façon plus précoce. Si l'intervention thérapeutique est trop tardive, l'impotence fonctionnelle devient définitive. Le pronostic est facile à établir en se basant, non sur la violence du traumatisme, cause de l'affection, mais sur l'état de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles; la réaction de dégénérescence, même partielle, est un signe défavorable; le syndrome de dégénérescence totale indique l'incurabilité de la lésion. En tous cas, il est nécessaire de continuer longtemps le traitement, même si les résultats paraissent nuls; car souvent l'amélioration est tardive. A. Fenayrou.

XXXIV. **Maladie du sommeil et myxœdème**; par M. Ch. Mongour. (*Presse Médicale*, 21 septembre 1898.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de cinquante ans, d'apparence robuste, et pesant 110 kilos, qui a présenté, pendant deux ans sans cause connue, un laisser aller au sommeil constituant une véritable maladie. L'existence de cet homme, depuis l'apparition de ce symptôme, n'était qu'un sommeil continu, entrecoupé de courts instants de veille pour accomplir des actes physiologiques indispensables ou pour traiter quelques affaires n'exigeant ni beaucoup de temps, ni beaucoup de peine. L'intensité de ce sommeil était tout à fait anormale; pour éveiller, le sujet il fallait le remuer énergiquement et avec persistance. Malgré l'existence de certaines particularités, (aspect lunaire de la face, joues

pendantes, lèvres légèrement retroussées et présentant une muqueuse sensiblement hypertrophiée), cet homme ne pouvait être considéré comme un myxœdémateux. Néanmoins, M. Mongour eut l'idée de le soumettre à la médication thyroïdienne, non pour combattre le sommeil, mais pour lutter contre l'obésite. Celle-ci résista au traitement; mais la maladie du sommeil fut rapidement améliorée et même guérie.

L'ingestion de corps thyroïde vint encore rapidement à bout d'un nouveau retour offensif des crises de sommeil, survenu quelque temps après.

Cette observation semble justifier l'hypothèse, émise par M. Briquet (d'Armentières), (*Presse médicale*, 7 septembre 1898), d'après laquelle le myxœdème et la maladie du sommeil relèvent peut être d'une même cause et sont justiciables l'une et l'autre du traitement thyroïdien. A. FENAYROU.

XXXV. **Un cas d'hémianopsie latérale consécutive à une blessure pénétrante du cerveau**; par S.-B. MIKE. (*Occidental Medical Times*, mai 1898.)

L'auteur relate l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans qui présentait de l'hémianopsie droite provoquée par une blessure pénétrante subie à l'âge de trois ans. A cette époque elle s'était enfoncée une pointe de fourche en fer dans le crâne en arrière de la suture coronaire entre les sutures sagittales et squameuses. Il fallut déployer beaucoup de force pour arracher cette pointe et une sonde pénétra à une profondeur de six « inches » dans la plaie. Il n'y eut pas d'hémorragie; une hémiplégie droite apparut un moment pour disparaître progressivement. L'hémianopsie persista accompagnée de maux de tête. Cette observation est précédée d'une étude intéressante sur la localisation de cette affection et par une revue de cas semblables.

XXXVI. **L'alcoolisme; ses conséquences pour l'individu, l'état et la société**; par M. le professeur DEBOVE. (*Presse médicale*, 16 et 19 novembre 1898.)

M. le professeur Debove joint sa voix à celle des nombreux médecins qui se sont occupés de cette question, pour signaler le péril national résultant des progrès incessants de l'alcoolisme en notre pays. Il constate que la France tient le premier rang parmi les nations européennes, pour la consommation de l'alcool, et que cette consommation augmente chez nous, tandis qu'elle diminue dans plusieurs autres états; il déplore aussi que les femmes et les enfants, suivant l'exemple funeste donné par les hommes, prennent, en certaines contrées, l'habitude d'user largement et même

d'abuser des boissons alcooliques. Suivant lui, il n'y a pas de boissons alcooliques hygiéniques. Le vin, le cidre, le poiré, les bières, ainsi dénommés, sont toujours toxiques; dilué ou non, l'alcool produit toujours ses effets; comme pour un médicament donné en potion ou en pilule, ce qui importe surtout, c'est la dose et non la dilution. Que l'alcool éthylique soit nuisible par lui-même ou par les impuretées qu'il contient, il n'en est pas moins vrai qu'il est toxique, et il est regrettable que le privilège accordé aux bouilleurs de crû, en encourageant et facilitant la production de quantités considérables d'alcool, contribue à augmenter encore, dans une certaine mesure, la consommation de cet agent toxique.

Parmi les effets bien connus que l'alcool exerce sur les individus, M. Debove mentionne d'une façon plus particulière, l'augmentation de la morbidité et de la tendance à l'aliénation mentale et au crime; son influence sur la race se traduit par une diminution de la natalité, non que l'alcoolique soit fatalement stérile, mais parce que ses enfants sont d'ordinaire des dégénérés inférieurs et que sa famille s'éteint le plus souvent après la troisième génération. On peut affirmer que l'alcoolisme est une des causes les plus actives de la dépopulation de la France. Il use, en quelque sorte, la race par les deux bouts, en augmentant la mortalité et en diminuant la natalité ou en ne produisant que des dégénérés. L'auteur s'élève contre la fâcheuse habitude de fêter le mariage par une noce, c'est-à-dire par des excès de table. Seule, la Venus genitrix doit présider aux cérémonies de l'hyménée; il ne faut pas lui associer Bacchus.

Diverses considérations, pour la plupart d'ordre électoral, s'opposeront sans doute longtemps à l'adoption des moyens publics, lois et réformes, capables de lutter efficacement contre le fléau. En attendant, il ne faut pas négliger les moyens individuels. M. le professeur Debove recommande aux jeunes médecins auxquels il s'adresse dans son cours, de prêcher la sobriété par leurs paroles et par leurs actes, convaincu qu'ainsi, ils pourront contribuer puissamment à changer l'opinion publique et à sauver le pays auquel l'alcoolisme fait courir le plus grand danger qu'il ait jamais couru.

A. Fenayrou.

XXXVII. Paralysie alcoolique et polynévrite infectieuse ; par le Dr Tiling.

Korsakow a montré qu'à côté de l'alcool, des auto-intoxications variées peuvent produire le type de la polynévrite, avec désordres mentaux d'amnésie.

De nouvelles observations permettront d'établir si les névrites avec amnésie de l'état puerpéral, de la fièvre typhoïde, de la

gangrène, etc. correspondent exactement avec la névrite ou la paralysie alcoolique chronique, généralement incurable.

La névrite alcoolique, en effet, paraît différer par un plus long stage prémonitoire et par l'état de faiblesse psychique et somatique dans lequel elle laisse les malades, des névrites infectieuses post-typhoïde, puerpérale, etc., tandis que, pour ces dernières, l'amnésie et une certaine parésie ou perte de la force ne paraissent pas être de règle.

L'auteur accompagne son travail d'une observation de névrite alcoolique qui peut servir de description à cette affection. (*American Journal of insanity*, oct. 98.) E. B.

XXXVIII. Hystérie traumatique. Double pied-bot hystérique. Amnésie rétro-antérograde; par MM. Sicard et Riche. (*Presse médicale*, 15 octobre 1898.)

Observation d'un cas d'hystérie traumatique survenu chez un jeune homme de dix-neuf ans, à la suite d'une chute d'une hauteur de huit mètres. La maladie a présenté les particularités suivantes : contracture des membres inférieurs, lesquels sont croisés en X, avec double pied-bot en varus équin, contracture moins prononcée dans la station assise et le décubitus horizontal, sans troubles des sphincters; hypoesthésie et anesthésie cutanées segmentaires; anesthésie kinesthésique des membres supérieurs, et symptômes d'amnésie rétro-antérograde. Sous l'influence seule du traitement psychique par suggestion, la contracture a cédé rapidement, et le malade a recouvré la mobilité absolue de ses membres inférieurs, en même temps que disparaissaient, d'une manière complète, les symptômes d'amnésie.

A. Fenayrou.

XXXIX. Paralysie faciale guérie en trois semaines par le salicylate de soude; par M. Catrin. (*Revue médicale*, 8 octobre 1898.)

Observation d'un cas de paralysie faciale survenue chez un jeune homme de dix-huit ans, deux mois environ après une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. La maladie a présenté, dans sa symptomatologie, un certain nombre de particularités : déviation de la luette du côté paralysé, immobilité du pilier du voile du palais du côté sain, diminution de l'acuité auditive, anesthésie cornéenne. La constatation des signes suivants : provocation de mouvements fibrillaires par la percussion des muscles paralysés, retard et diminution de la sudation du côté malade après les injections de pilocarpine, déviation de la luette et de la langue, déviation du globe oculaire en haut et en dehors quand le malade voulait fermer les yeux, douleur de la région frontale, anesthésie

cutanée et crânienne, hypoacousie tout à fait anormale, permettait de penser que l'on se trouvait en présence d'un cas sérieux, et de poser un pronostic fâcheux. Néanmoins la guérison a été obtenue en moins d'un mois. Le traitement a consisté uniquement en l'administration de 74 grammes de salicylate de soude, ingérés en vingt-trois jours. L'existence d'un rhumatisme antérieur, jointe aux heureux résultats du traitement par le salicylate de soude, autorisent à supposer que la maladie était due au germe du rhumatisme articulaire aigu. A. FENAYROU.

XL. **Trois cas de névralgie du trijumeau d'origine dentaire non accompagnée de mal de dent**; par Walter M. THORN. (*Occidental medical, Times*, mai 1898.)

L'auteur rapporte trois observations de sujets atteints de névralgies rebelles sans que l'examen des dents puisse éclairer le diagnostic. L'éclairage par transparence des dents à la lumière électrique permit cependant de découvrir des dents gâtées; et leur extraction amena la guérison de la névralgie. A.-M.

XLI. **Sur l'ataxie locomotrice**; par E.-F. TREVELYAN. M. D. London. (*Quarterly medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur apporte douze observations très résumées de tabétiques dans la période préataxique, dans la période ataxique et dans la dernière période. Il étudie l'étiologie du tabes, syphilis, hérédité, chaleur, traumatisme; passe en revue certains symptômes oculaires, l'atrophie tabétique, etc., et insiste sur la fréquence des maladies cardiaques ou artérielles dans le tabes. Pour lui tous les traitements étiologiques ou symptomatiques, antisyphilitiques. hydrothérapie, électricité, révulsion, suspension, etc., doivent êtres tentés et étudiés avec soin, car à l'heure actuelle, certains cas de tabes même pris à leur début sont réfractaires à toute médication. A. M.

XLII. **Ophtalmies sympathiques**; par MM. SHAW et G. FERDINAND. (*British. medical journal*, juin 1898.)

Le premier article tendrait à renverser dans ses conclusions la théorie d'infection migratrice secondaire à des toxémies par propagation, pour lui substituer celle d'une irritation réflexe secondaire des nerfs ciliaires avec troubles vasotrophiques consécutifs.

Le deuxième article (Dr G. Ferdinand) a trait à des ophtalmies sympathiques survenues très longtemps, (vingt ans) après l'énucléation de l'œil opposé pour lésion accidentelle traumatique. Dans une observation l'ophtalmie sympathique se déclara à l'occasion

de l'application d'un œil artificiel du côté opposé sur un mognon nerveux résultant d'énucléation totale.

Dans le même numéro, une observation de *tumeur du pont de Varole*, par H. HAUDFORD, discutable parce qu'elle n'a pas été opérée, ni controlée anatomiquement. A. MARIE.

XLIII. **L'hystérie chez les enfants**; par le Dr BRUNS.

Dans une monographie des plus documentées, l'auteur examine d'abord les modifications que subissent chez les enfants les symptômes de l'hystérie tels qu'ils sont décrits chez l'adulte.

C'est ainsi que sont successivement passés en revue, les paralysies, les contractures, les réflexes tendineux, l'astasie et l'abasie, ce trouble fonctionnel des membres inférieurs beaucoup plus fréquent chez les enfants que les paralysies et les contractures, l'aphonie, le blépharospasme, le tremblement, les tics convulsifs, la chorée rythmique, les crises, les troubles vésicaux, dont le type est l'incontinence d'urine, les troubles trophiques, les désordres psychiques, etc.

L'hystérie se présente aussi souvent chez les garçons que chez les filles.

Quant à l'opinion que l'hystérie chez les enfants, ainsi que les maladies nerveuses en général, est une résultante de l'excessive civilisation de nos jours, elle est infirmée par l'expérience de nombreux auteurs, car le plus grand nombre des cas d'hystérie grave, les paralysies et contractures, l'astasie-abasie, et surtout les cas types de chorée rythmée, s'observent proportionnellement plus souvent chez les enfants de la campagne, en particulier des villages isolés, que chez les enfants des grandes villes.

Les erreurs de diagnostic à l'égard de l'hystérie peuvent avoir deux causes : soit qu'un trouble organique grave, particulièrement du système nerveux, soit considéré par erreur comme hystérique, soit qu'un trouble organique du système nerveux, de l'estomac, du larynx, du poumon, etc., ait été diagnostiqué, alors qu'il s'agit d'hystérie.

C'est dire que dans les cas difficiles le diagnostic d'hystérie exige des connaissances approfondies de toutes les branches de la médecine, chirurgie, pathologie interne, neuropathologie, ophtalmologie, otologie, etc. ; aussi la réunion de plusieurs spécialistes est-elle souvent nécessaire.

La simulation intervient souvent aussi dans l'hystérie, en particulier chez les enfants; mais il reste à se demander si la simulation elle-même n'est pas déjà une condition psychique morbide et si, un symptôme étant simulé, la base morbide, l'hystérie, n'en existe pas moins.

Si l'hystérie chez les enfants ne se différencie pas d'une manière

essentielle de l'hystérie chez l'adulte, au point de vue du diagnostic, il n'en est pas de même à l'égard du pronostic. Ce dernier est beaucoup plus favorable, en effet, chez l'enfant, pourvu qu'un traitement effectif soit institué à temps et le traitement rationnel doit d'abord commencer par l'éloignement du malade de sa famille.

L'éloignement seul fera cesser les manifestations morbides dans certains cas : c'est ce qui se présente souvent pour les symptômes paroxystiques.

Mais en outre, en même temps que l'hydrothérapie et l'électricité interviendra le traitement psychique dont l'auteur décrit les deux variétés : 1° méthode psychique de surprise, à l'arrivée à l'hôpital, qui réussit bien dans toutes les formes de paralysie et de contracture, dans l'astasie-abasie, l'aphonie, le mutisme; 2° la méthode d'inattention intentionnelle à l'égard du malade.

Quant à l'hypnotisme, il pourra rendre aussi des services, bien que l'auteur ne l'ait jamais employé chez les enfants hystériques.

Lorsque les divers procédés thérapeutiques ont échoué, on a alors le devoir de ne pas aggraver le pronostic par une tentative plus longtemps continuée. L'enfant doit être confié à un autre médecin qui pourra obtenir un meilleur résultat.

En tous cas, les enfants doivent être maintenus en traitement longtemps encore après la disparition des manifestations hystériques. (*The Alienist and neurologist*, juillet 1898.) E. B.

REVUE D'ASSISTANCE ET DE LÉGISLATION.

I. La situation de l'assistance des aliénés dans le duché de Bade; par Kræpelin. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XX. N. F. VIII, 1897.)

Historique. — L'Asile de Pforzheim, construit en 1817 pour remplacer un vieil hospice d'incurables, contenait un bâtiment spécial destiné à recevoir les furieux. Au commencement du siècle on avait logé ailleurs orphelins et détenus, de sorte qu'il n'y était resté qu'aliénés et infirmes. Le premier médecin nommé pour ces malades fut Roller, qui prit son service en 1804. En 1826, on transféra les aliénés à Heidelberg en des locaux tout à fait insuffisants ; cela dura néanmoins jusqu'en 1842. — L'Asile d'Illenau fut le premier asile construit et ouvert exprès pour les aliénés (1842); il devait graduellement devenir insuffisant. En 1864 on dressait les

plans d'un asile de 600 malades, destiné à remplacer celui de Pforzheim ; la Diète ne les accepta pas. En 1874 fut proposé le plan d'une CLINIQUE D'ALIÉNÉS à HEIDELBERG, qui fut terminée en 1878. Les projets simultanés d'une clinique à Fribourg et d'un petit asile pour chroniques, près de Fribourg et près d'Heidelberg, ne furent pas exécutés ; on préférait un grand asile près de Fribourg, pouvant servir en même temps à l'enseignement. Ce plan rencontra également des difficultés, de sorte qu'en 1886 on construisit la CLINIQUE DE FRIBOURG, et en 1889 le GRAND ASILE D'ALIÉNÉS D'EMMENDINGEN, qui est principalement une *colonie agricole*.

C'est ainsi qu'en 1897 on disposait de 2 210 lits. Mais le chiffre d'aliénés avait plus que doublé en ces vingt dernières années. Déjà nous sentons les avant-coureurs de l'insuffisance de l'assistance. En effet, il faut faire attendre les aliénés, on ne peut les recevoir couramment, les transferts des incurables des deux cliniques et de l'asile d'Illenau dans les asiles de Pforzheim et d'Emmendingen n'ont plus lieu régulièrement à cause de l'encombrement de ceux-ci.

Comment cela se fait-il? Parce que la population est plus portée que jadis à faire soigner ses aliénés dans les asiles et qu'elle comprend mieux l'utilité des établissements et leur rôle bienfaisant. Lœhr, en étudiant la statistique de 1852 à 1890, avait pensé qu'il fallait en Allemagne un lit pour 500 habitants au moins. Or, le grand duché de Bade ne possède pour le moment qu'un lit pour 818 habitants et il semble qu'il faille aller plus loin que Lœhr, qu'il serait nécessaire de posséder 3.000 lits. L'encombrement des asiles actuels, l'accumulation des malades agités en des établissements qui ne sont pas installés pour cela, l'agglomération dans le pays d'aliénés qui attendent des vacances, sont démontrés par des chiffres (voir le mémoire). Il en est de même de l'accroissement du nombre des aliénés à soigner par rapport à l'augmentation du chiffre de la population. Chaque année, dans la province du Rhin, le nombre des aliénés ayant besoin d'être placés augmente de 6 p. 100, tandis que la population ne croît que de 1,7 p. 100, ce qui représente annuellement un surplus de 200 malades à hospitaliser. Dans le duché de Bade il faudrait, chaque année, être en mesure de recevoir peut-être 67, au moins 50 aliénés nouveaux. La séquestration des malades atteints de troubles intellectuels acquis y a crû de 122, de 1889-1895. Dès maintenant cinq à six cents malades sont prêts à remplir un nouvel asile et tous les deux ans il conviendrait de compter sur un accroissement minimum de 100 malades.

Le simple agrandissement des asiles existants ne suffirait pas. L'asile d'Emmendingen supporterait, au besoin, un agrandissement pour 100 lits ; celui de Pforzheim qui est destiné aux chroniques a depuis longtemps dépassé ses limites d'extension. L'assis-

tance privée des aliénés (asiles privés utilisés par l'Assistance publique) n'est pas recommandable parce qu'elle échappe à la surveillance administrative ; partout on est revenu de ce symptôme.

Quant à placer des aliénés dans les hospices de cercles (*Kreispflegeanstalten*) voici comment la question peut être comprise. Ces établissements ont bon renom dans le duché de Bade: à la fin de 1896, ils contenaient 41,4 p. 100 d'aliénés parmi lesquels des crétins des idiots, des imbéciles, des buveurs, des épileptiques, des déments et 25 p. 100 d'aliénés par folie acquise. La proportion générale des aliénés dans ces établissements varie de 12,1 à 39,6 p. 100 suivant la disposition de leurs édifices, le volume de l'hospice, la nature de la direction qui partout n'est pas médicale. Les malades aliénés y jouissent d'une certaine liberté, y sont utilement occupés mais ils y sont mal installés, mal surveillés, mal clos. L'action du médecin n'y est pas permanente, le personnel y est rare, les ressources y sont limitées. Aussi ne peut-on utiliser ces hospices que pour les aliénés qui pourraient être soignés chez eux s'ils avaient des parents. Quant aux agités et aux gâteux intermittents, ils y sont attachés faute d'agencements convenables et de personnel instruit. Tout récemment M. Thomann, de Fussbach, signalait que les gardiens y alimentaient à la sonde parce que le médecin habitait à quelques kilomètres delà. Malgré ces inconvénients on a été obligé d'y placer des aliénés de plus en plus. Aussi de 1889 à 1895 la proportion de ces derniers de 24,8 p. 100 atteignait 25,9 p. 100, et les infirmités physiques dans le même espace de temps progressaient de 6,7 p. 100, tandis que les infirmités mentales croissaient de 12,3 p. 100. Ces hospices deviennent donc des demi-asiles d'aliénés sans en posséder les installations correspondantes.

Il faut construire un nouvel asile d'aliénés pour chroniques, un *Pflegeanstalt*, surtout destiné aux incurables. On débarrassera ainsi les autres établissements ; on n'aura pas besoin d'y introduire les installations coûteuses d'un *Heilanstalt* ou asile d'aigus, et l'on donnera ainsi des lits vacants aux autres asiles, notamment à celui d'Emmendingen, pour leurs malades difficiles et susceptibles d'amélioration.

Dans un asile d'aigus, le lit coûte près de 5.000 francs; dans le nouvel asile de chroniques il reviendrait à 2.500 francs. et même à moins ; le prix de journée y serait aussi moindre. Il ne recevrait que l'excédent des autres asiles, c'est-à-dire des malades déjà examinés et calmes, déments, faciles à conduire[1]. La construction pourrait en être confiée au service des aliénés ce qui réduirait les dépenses, mais l'État se réserverait naturellement la surveillance et

[1] Cette manière de voir, prônée il y a quelques années en Allemagne, n'est plus aujourd'hui, en Allemagne même, du goût de tous les spécialistes, à juste raison, suivant nous. P. K.

le droit de confirmer la nomination du directeur dont on exigerait des connaissances psychiatriques suffisantes,

Afin d'éviter les graves inconvénients de l'accumulation dans nos établissements d'aliénés de malades dangereux et *criminels*, auxquels il ne sied pas d'affecter des asiles spéciaux, on annexerait au nouvel établissement des pavillons de surveillance et de sécurité particulières. Construire de tels services à Emmendingen est impossible à raison de sa colonie, de ses dimensions. Une annexe pour 50 criminels et dangereux est tout ce qu'il faut; on la construirait en construisant l'asile en question. On y pourrait encore faire l'essai d'une *colonisation chez les nourriciers*, quoique la population du duché de Bade ne semble pas propre à ce mode d'hospitalisation.

Enfin il serait bon d'instituer dans le duché de Bade un *conseil de spécialistes* composé par exemple, comme dans le Wurtemberg, par des réunions annuelles de directeurs-médecins. Ce conseil s'occuperait de questions d'assistance et de questions de droit et d'organisation. Il examinait, par exemple, si la région comporte la création de nouveaux lits — s'il faut opérer de nouvelles constructions ou agrandir les asiles — s'il faut et comment il faut pratiquer l'assistance familiale — s'il est bon de construire des asiles pour buveurs — de quelle manière s'impose l'organisation du personnel des infirmiers — s'il est utile d'augmenter le nombre des médecins d'asiles. Les *conditions d'admission des aliénés* méritent une réforme, principalement en ce qui concerne les cliniques. Nous n'avons pas l'admission volontaire. Un malade ramassé par la police ne peut être reçu tant qu'une autorité administrative, en l'absence d'autres personnes autorisées, n'a pas établi de réquisition. On ne peut personnellement se présenter pour se faire traiter de troubles intellectuels conscients dans une clinique. Aucun établissement d'aliénés n'a le droit d'admettre des malades dépourvus de parents qu'il serait urgent de traiter, en dehors des heures de service du fonctionnaire du district : ce qui n'empêche, qu'en cas de nécessité, on ne les enferme dans une cellule municipale en attendant que les formalités voulues aient été remplies. Les voici donc séquestrés dans des conditions déplorables, arbitrairement, sur le rapport d'un agent de police ou d'un concierge, parce que la loi a peur de les confier d'emblée à l'assistance régulière et bien ordonnée d'une clinique ou d'un asile.

Les *transferts* comportent des modifications rationnelles. Ainsi à Emmendingen ou à Pforzheim, il est prescrit de recevoir les malades atteints d'un trouble psychique compliqué d'affaiblissement intellectuel ou de démence. Il faut que le bulletin spécifie l'un de ces deux symptômes. L'asile d'Etat n'est pas distingué du grand asile. Les asiles régionaux sont, par définition, destinés à l'aliénation mentale ancienne et aux malades ayant besoin de l'assistance d'un

grand asile. La clinique ne doit contenir que des psychoses à marche rapide jusqu'à la fin. A Emmendingen on enverra plutôt les aliénés valides et supposés capables de travail ; à Pforzheim surtout les aliénés faibles, malpropres.

Pour opérer les transferts on use de formalités cérémonieuses et lentes alors que la rapidité devrait être tout autant de mise que dans l'admission d'un malade pour la première fois.

Les réformes sont urgentes quand on aura fait cesser l'encombrement et elles seraient du ressort du conseil a créer dont nous avons parlé plus haut. P. KERAVAL.

II. Une visite à l'Asile de Comté du Wisconsin; par le Dr BURR.

A propos d'une visite à l'Asile de Comté du Wisconsin, l'auteur fait sur le système des Asiles de Comtés les critiques suivantes :

1° Absence de l'idée d'hôpital;

2° Manque de direction médicale;

3° Soins insuffisants donnés aux malades, particulièrement aux gâteux, aux affaiblis et aux épileptiques;

4° Nombre insuffisant d'infirmiers, ce qui force les malades à rester enfermés, particulièrement l'hiver;

5° Manque d'une surveillance efficace de l'Etat;

6° Manques fréquents dans la direction locale tenant d'une part à l'ignorance des besoins des aliénés et, d'autre part, au désir prépondérant de montrer des comptes financiers avantageux aux commissions de surveillance. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

III. Fonctionnement de la Colonie de Craig depuis deux ans et demi; par le Dr William SPRATLING.

La Colonie d'épileptiques de Craig a été établie sur un domaine de 757 hectares, dont 258 de forêts, acheté à une société de Shakers.

Deux anciens bâtiments ont été réparés, aménagés en 1895, de façon à pouvoir recevoir 200 malades.

Ces bâtiments sont distants d'un demi-mille l'un de l'autre.

En 1896 a été construit un hôpital pour les cas aigus, médicaux et chirurgicaux. Cet hôpital contient, en outre, un service de consultation externe.

En 1897 ont été construits un bâtiment administratif, des cottages pour les médecins et les employés, des écuries, des étables, un grand bâtiment industriel avec des ateliers de charpentiers, de menuisiers, de tapissiers, etc., puis une école.

75 p. 100 des hommes sont employés aux travaux de la Colonie, en particulier aux travaux de la ferme et des champs.

81 p. 100 des femmes sont employées aux travaux de couture, buanderie, etc.

Toute la viande consommée à la Colonie y est tuée et préparée. Le régime alimentaire est, pour la plus grande partie, composé de légumes, pain, lait et œufs, tous produits fournis par la Colonie elle-même.

Un examen des plus complets du malade est fait à son entrée à la Colonie, en même temps que les antécédents sont recherchés auprès de la famille.

A chaque malade correspond une fiche où les crises sont notées.

Il arrive souvent qu'à leur entrée à la Colonie les malades sont en quelque sorte intoxiqués par des doses énormes de bromure prises depuis longtemps.

Dans ce cas, la suppression immédiate du bromure, en même temps que l'exercice au grand air, une bonne nourriture, donnent de remarquables résultats.

En ce qui concerne le traitement pharmaceutique, le remède souverain de l'épilepsie est encore à trouver.

Le bromure, dont la valeur est vantée, n'a qu'une tendance à faire disparaître les phénomènes convulsifs, mais il n'a pas d'effet curatif sur l'affection elle-même en éloignant la cause.

L'exercice systématique, qui active la circulation, fait bien digérer, donne un bon sommeil; voilà, avec une nourriture saine et bien préparée, le véritable facteur du traitement de l'épilepsie, et c'est pour réaliser cet exercice sous toutes ses formes qu'ont été créées les installations variées de la Colonie.

Aucun malade ne sort de la Colonie comme guéri avant que deux ans se soient écoulés depuis sa dernière crise.

Prochainement sera réalisé le projet de créer de nouvelles constructions et de répartir les malades dans divers cottages dont chacun constituera un tout pouvant se suffire.

Il y aura 8 cottages de chacun 12 femmes; 2 de chacun 30 enfants et un certain nombre de cottages comprenant chacun 10 à 12 hommes. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B.

IV. Le second hôpital pour les aliénés de l'Etat de Maryland; par le D[r] ROHÉ.

Ce nouvel hôpital pour les aliénés représente le type de l'*Open door*. Il se compose d'un bâtiment central pour les services généraux et de trois cottages éloignés l'un de l'autre, disséminés dans un parc de 294 hectares.

Les divers groupes d'habitation sont reliés par un petit tunnel souterrain pour le passage de l'électricité, de l'eau chaude, du téléphone, etc.....

Aucune des portes ou fenêtres du rez-de-chaussée des cottages n'est fermée à clef et, malgré cela, le nombre des évasions ne s'est pas élevé à plus de 5 p. 100.

L'hôpital actuel est construit pour 200 malades. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 29 *janvier* 1899. — PRÉSIDENCE DE MM. MEURIOT ET VOISIN.

M. MEURIOT, avant d'abandonner le fauteuil de la présidence, passe en revue, dans une allocution très documentée, les travaux de la Société, au cours de l'année qui vient de s'écouler et résume avec impartialité les discussions auxquels ils ont donné lieu. Il invite ensuite M. Voisin à le remplacer et lui souhaite la bienvenue.

M. J. VOISIN remercie la Société dont les suffrages l'ont appelé à la présidence.

M. CHRISTIAN, rapporteur de la Commission des comptes, demande leur approbation et émet le vœu que la Société, dont les finances sont prospères, rétablisse le prix Esquirol en prenant à sa charge les frais qu'entraînera la distribution de ce prix.

M. LE TRÉSORIER craint qu'on ne puisse le décerner cette année, en raison de l'obligation où il se trouve d'acheter un meuble de bibliothèque.

M. CHARPENTIER préfèrerait que cet argent fut employé à rendre bimensuelles les *Annales médico-psychologiques*. La Société charge le Bureau d'examiner la proposition de la Commission des finances relative au prix Esquirol.

La descendance des paralytiques généraux.

M. ARNAUD a relevé la descendance de 60 paralytiques généraux et a trouvé 18 fois des tares vésaniques ou névropathiques. Une première conclusion se dégage donc des faits, abstraction faite de

toute théorie : de par son hérédité le paralytique général peut être un danger pour sa descendance. Un autre fait incontesté, c'est la fréquence de la syphilis dans les antécédents personnels du paralytique. Par là aussi leurs enfants peuvent être exposés aux manifestations de l'hérédo-syphilis.

La question ne lui semble pas d'ailleurs comporter une réponse générale. Au lieu de considérer les paralytiques en bloc, il faut les distinguer par catégories, suivant la nature de leurs antécédents héréditaires. Il y a là une question d'espèce. C'est pourquoi M. Arnaud demande à la Société de maintenir à son ordre du jour la question de la descendance des paralytiques généraux.

M. Briand voudrait que lorsqu'on parle de la descendance des paralytiques généraux, on fît tout d'abord, ce qui n'a pas été indiqué dans la statistique de M. Arnaud, le départ entre les fils de paralytiques dont les pères sont eux-mêmes exempts de toute tare héréditaire et ceux sur lesquels pèse une hérédité antérieure à la paralysie générale. Pour que les faits qui pourront être apportés en faveur de l'influence de la paralysie générale sur la descendance soient probants, il faudra aussi démontrer que si le fils est taré, il est bien *réellement* le fils du paralytique et aussi que l'autre ascendant qui lui a donné le jour est indemne de toute hérédité vésanique. Enfin et surtout il faudra distinguer les enfants conçus avant la syphilis, de ceux conçus postérieurement à elle, mais avant l'éclosion de la paralysie générale et de ceux conçus après l'apparition des troubles mentaux.

M. Arnaud croit, en effet, que cette distinction est nécessaire.

M. Charpentier. — J'ai vu comme tout le monde ici des fils de paralytiques généraux qui étaient sains d'esprit et d'autres qui étaient des idiots.

M. Vallon. — C'est une idée trop généralement répandue qui fait croire que les fils des paralytiques n'ont rien à craindre pour eux. Cet optimisme est dangereux. Beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, en effet, les paralytiques donnent le jour à des enfants dont le système nerveux est lésé d'une façon quelconque.

M. Joffroy. — J'ai observé, depuis cinq ou six ans, une dizaine de paralytiques généraux dont les parents avaient été manifestement atteints eux-mêmes de paralysie générale. J'ai pu me convaincre du diagnostic relatif aux parents en consultant des documents officiels où figuraient des certificats signés d'aliénistes dont la compétence était indiscutable. Pour ce qui est de celui des enfants, j'ai pu le vérifier moi-même. Le paralytique général peut donc engendrer un paralytique général.

M. Christian trouve la question intéressante, mais d'une solution difficile. Il ne comprend pas comment ceux qui admettent l'étiolo-

gie syphilitique peuvent expliquer qu'une diathèse, si manifestement héréditaire, perde ce caractère chez les paralytiques généraux.

Pour M. Christian, si les enfants naissent avant l'éclosion de la paralysie générale, ils seront indemnes. S'ils naissent après que le père a été frappé de méningo-encéphalite, ils n'ont rien à craindre, car ils ne sont pas de lui : l'impuissance est en effet l'un des premiers symptômes de la terrible démence. Marcel Briand.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du lundi 20 *février* 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

M. Jules Voisin, vice-président et M. Bérillon, secrétaire général, lisent les discours qu'ils ont prononcés aux obsèques de M. le Dr Dumontpallier, président de la Société.

M. Vlavianos présente une malade atteinte d'agoraphobie et traitée avec succès par l'hypnotisme. Il expose à ce propos toute la question des phobies en général et de l'agoraphobie en particulier. Il rappelle que cette dernière a été très bien décrite par Hippocrate. Les phobies les plus variées décrites sous des noms multiples doivent trouver place dans les traités de maladies nerveuses et mentales; c'est dans ce cadre qu'il faut faire rentrer les crampes professionnelles, comme la crampe des écrivains ou *graphophobie*, le bégaiement, la peur de parler ou *laliophobie*, la peur de coudre ou *raptophobie*, etc.

M. le Secrétaire général rappelle le cas d'une agoraphobique qui rasait les murs et ainsi usait ses vêtements du côté gauche. Ces sortes de malades sont souvent des abouliques et c'est la rééducation de la volonté qu'il faut d'abord tenter pour rendre efficace le traitement suggestif de l'agoraphobie.

M. Bérillon présente une hystérique qui, il y a six mois, à la suite d'une violente émotion a eu une crise d'étouffement et est restée quatre jours sans manger, depuis lors, ses règles n'ont pas reparu. Son pouls a marqué à cette époque 150 pulsations ; il est maintenant à 145. Après suggestion pendant le sommeil hypnotique, le pouls se ralentit et tombe à 115, 110, 100. C'est ce que prouvent de nombreux tracés sphygmographiques. Il y a donc là une nouvelle preuve du pouvoir que peut exercer l'hypnose sur un certain nombre de phénomènes circulatoires.

M. Pau de Saint-Martin rappelle que dans sa thèse soutenue en 1870, il a déjà signalé le ralentissement du pouls pendant le sommeil hynotique, sans qu'il y ait suggestion verbale. Le sommeil hynotique est donc capable de produire des effets physiologiques en dehors de la suggestion verbale.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 24 avril 1898.

G. Rossolimo. — *Ataxie cérébelleuse héréditaire* (avec démonstration des malades).

L'orateur a eu l'occasion d'observer trois malades, une sœur et deux frères (les deux derniers ont été présentés à la Société), atteints de la même affection, et dont l'hérédité, en dehors de l'alcoolisme du père, ne présente rien d'anormal. Personne dans leur famille ne présente de strabisme ou de démarche titubante. Les malades ont encore une sœur et deux frères, tous bien portants.

Voici leurs observations résumées.

I. Olga S... (2e enfant), âgée de vingt-neuf ans, née à terme, sans dystocie, se développait lentement, toujours d'une intelligence médiocre et peu habile dans ses mouvements. A l'âge de vingt-deux ans, traumatisme violent du genou droit, à la suite duquel a commencé à remarquer, en même temps qu'une certaine faiblesse de la jambe droite, que sa démarche devenait de plus en plus incertaine et vacillante. Plus tard, tremblement et maladresse des mouvements des mains. Depuis quelques mois seulement, diplopie.

Etat présent. — Front étroit et déclive, occiput aplati ; petits doigts courts. — Tremblement des mains avec incertitude dans leurs petits mouvements ; écriture irrégulière (ataxique) avec tremblement léger. Démarche ataxique cérébelleuse. Instabilité, impossibilité de se tenir sur un pied. Développement considérable de la musculature des membres inférieurs. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens. Parésie des muscles obliques supérieurs droits.

II. Michel S... (5e enfant), vingt-quatre ans, né à terme, sans

dystocie, se développait normalement. Depuis l'âge de quatorze ans jusqu'au dernier temps, il s'adonnait à la masturbation. A l'âge de dix-huit ans, maladie fébrile de deux mois de durée, à la suite de laquelle la démarche devint vacillante, plus tard, maladresse des mouvements des mains. A l'âge de dix-neuf ans, le strabisme externe qui avait existé auparavant s'accentua, en même temps qu'apparut de la diplopie. Intelligence toujours médiocre.

Etat présent. — Front bas et déclive. Parésie de la mimique asymétrique, exagérée. Rire niais. Parésie du muscle droit interne (oculaire) des deux côtés. Maladresse dans l'exécution des petits mouvements des doigts, écriture légèrement ataxique. Faculté d'hyperextension de la deuxième phalange de l'index gauche. Plantes voûtées. Instabilité des jambes, impossibilité de se tenir sur un seul pied. Démarche ataxique cérébelleuse. Développement considérable de la musculature des membres inférieurs. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens, léger clonus des pieds. — Hémicranie. — Parole irrégulière, saccadée.

III. Nicolas S... (6e enfant), dix-sept ans, né à terme et sans dystocie, se développait normalement; intelligence médiocre. Depuis l'âge de dix jusqu'à l'âge de treize ans, pratiques de masturbation. A partir de l'âge de treize ans, démarche vacillante à évolution progressive. A l'âge de quatorze ans, parole ralentie.

Etat présent. — Occiput aplati, front déclive, mimique exagérée, secousses cloniques choréiformes, de courte durée dans les muscles inférieurs de la face; contractions intentionnelles dans les muscles supérieurs de la face.

Parole irrégulière, par à coups et saccades, zézaiement; voix de tête, aiguë. Rire facile. Maladresse dans les petits mouvements des mains. Ecriture ataxique. Instabilité des jambes, impossibilité de se tenir sur un seul pied. Démarche ataxique cérébelleuse. Sentiment de lassitude dans les jambes. Exagération des réflexes rotuliens, clonus des pieds. Plantes voûtées. Hypertrophie vraie des muscles des cuisses et des jambes. Parésie du muscle droit oculaire interne et du côté droit. Hémicranie.

Diagnostic. — Ataxie cérébelleuse héréditaire.

Particularités familiales du cas : 1° Parésie des muscles droits oculaires internes (obs. II et III) et du muscle oblique supérieur (obs. I) (dans les observations précédentes des auteurs on notait plus souvent la participation du muscle droit externe); 2° hypertrophie vraie des muscles des membres inférieurs, par suite d'un exercice exagéré (hyperfonction) en vue de la conservation de l'équilibre; 3° l'éclosion de l'ataxie est précédée par d'autres affections : traumatisme du genou (chez la malade I); maladie fébrile (chez la II); masturbation prolongée (chez les malades II et III).

Discussion : M. le professeur Kojewnikow rappelle l'observation de Pelizæus de sclérose disséminée familiale, qu'on peut rattacher à cette catégorie d'observations. Il parait nécessaire d'admettre que dans les cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire, l'arrêt de développement s'étend en dehors du cervelet à d'autres régions du système nerveux (la moelle épinière dans le cas de Nonne), et notamment aux régions motrices.

II. S. Nalbandow. — *Contribution à la symptomatologie de la syringomyélie* (type Morvan).

Nalbandow présente une jeune femme qu'il avait d'abord examinée dans la clinique du professeur Kojewnikow. Son affection a débuté vers la fin de 1895, par des panaris multiples, douloureux, Ceux-ci apparaissaient aux doigts et aux orteils, en même temps avec d'autres troubles trophiques (bulles, gangrène des phalanges terminales), et se répétaient jusqu'au dernier temps. Parmi d'autres symptômes en dehors de ceux de l'hystérie, on note un abaissement de tous les modes de la sensibilité, des paumes et des plantes, et dans le domaine des branches supérieures du trijumeau.

L'auteur fait le diagnostic de la syringomyélie et s'arrête sur la valeur des panaris douloureux comme un des symptômes initiaux de la syringomyélie, pouvant précéder tous les autres. Le fait de l'existence du panaris douloureux comme symptôme isolé, permet de croire qu'il existe dans la moelle un centre trophique ou vasomoteur, nettement différencié et localisé.

MM. Préobrajenski, Roth et Mouratow prennent part à la discussion.

III. L. Minor. — *Dissociation syringomyélique de la sensibilité dans les myélites transverses* (à propos d'un travail récent de M. Marinesco).

L'orateur rectifie une inexactitude qui s'est glissée dans un travail de M. Marinesco, publié dans la *Semaine Médicale*, 1898, n° 20. Dans ce travail, M. Marinesco prétend que la dissociation syringomyélique de la sensibilité n'a encore jamais été notée dans les myélites transverses. Or. M. Minor avait parfaitement noté l'existence de ce symptôme au cours des myélites transverses dans son rapport fait au XIIe congrès international de Moscou.

Secrétaires des séances : A. Bernstein, B. Mourawiew.

Séance du 18 septembre 1898.

I. N. Schoen. — *Deux cas d'infantilisme.*

L'orateur rappelle d'abord l'observation du malade D... (âgé de vingt-un ans et ayant l'air d'un enfant de dix ans) qu'il a présenté à la séance du 20 mars dernier et chez lequel le traitement thy-

roïdien institué pendant un mois, n'a donné aucun résultat appréciable.

Il présente ensuite une autre malade S... âgée de quatorze ans et demi, issue d'une famille de dégénérés et qui a subi un arrêt de développement général à l'âge de deux ans et demi à trois ans. Sa taille, avant le traitement, était de 88 centimètres. La malade présentait des signes non équivoques de myxœdème, des altérations rachitiques du squelette, une série de signes de dégénérescence, un manque de développement des organes génitaux; du côté psychique : apathie et idiotisme. Les épreuves radiographiques montrent l'arrêt du processus d'ossification.

Après un traitement par la thyroïdine, continué pendant quatre mois, la taille a rapidement augmenté, elle est maintenant de 93 cent. 5 ; les membres supérieurs se sont allongés de 18 p. 100 de leur longueur initiale, les paumes des mains de 36 p. 100, les jambes, de 23 p. 100; les plantes, de 13 p. 100. Le mont de Vénus s'est couvert de poils. L'état psychique a subi également un changement très prononcé.

En comparant ses observations à celles des auteurs français, l'orateur rattache le malade D, au type Lorain, bien que certains signes le rapproche du type myxœdémateux, tandis que la malade S... appartient à la catégorie des infantiles myxœdémateux. Il rappelle l'hypothèse de Hertoge, qui admet une étiologie générale et unique pour tous les cas d'infantilisme et caractérisa la pathogénie de ce phénomènes par le terme « dysthyroïdie ».

Discussion : M. Mouratow ne pense pas que le 1er malade D... présente des symptômes de myxœdème ; par contre, la IIe malade S... est plutôt une myxœdémateuse qu'une infantile. Le terme « infantilisme » ne saurait guère être appliqué à des cas pareils.

M. Kojewnikow pense que l'infantilisme reconnait des causes pathogéniques multiples et qu'il n'est pas rationnel de généraliser diverses formes d'arrêt de développement sous un même terme d'infantilisme.

MM. Vorobieff et Serbsky prennent également part à la discussion.

II. K. Adelheim présente le nouveau périmètre du Dr Ascher.

III. L. Minor. — *Courte notice à propos de la lettre du professeur Pick sur les troubles de la sensibilité dans les myélites transverses.*

Le travail de M. Marinesco, qui se croit être le premier à avoir signalé l'existence de la dissociation de la sensibilité dans les myélites transverses, a provoqué, en dehors de la note de M. Minor toute une série de contestations de la part de van Gehuchten, Brissaud, Bruns et Pick. Dans sa lettre, publiée dans le *Neurol.*

Centralbl., 1898, n° 13, le professeur Pick reproche à M. Minor d'avoir à son tour oublié que c'est lui, Pick, qui le premier a décrit, il y a longtemps déjà, des troubles syringomyéliques de la sensibilité au-dessus de la zone de l'anesthésie complète dans un cas de myélite transverse.

Or, le cas de M. Pick est fort ancien, il a été publié il y a dix-huit ans et caché dans un travail volumineux qui porte un titre fort obscur et sans la moindre allusion au point controversé (*Nouvelles contributions à la Pathologie et à l'Anatomie du système nerveux central*). Il a donc parfaitement pu passer inaperçu par lui et par les autres auteurs, ce qui est arrivé en effet. Le reproche que M. Pick adresse à M. Minor est donc peu justifié, tandis que le cas de M. Marinesco est très différent. En effet, le travail de M. Minor où se trouvent signalés les troubles syringomyéliques dans les myélites transverses, est tout récent, datant à peine de sept mois; il a été lu en présence de M. Marinesco; les conclusions et les thèses de ce travail ont été publiées dans le même journal (*Semaine Médicale*) où parut plus tard le travail du M. Marinesco. En outre, M. Minor a remis à M. Marinesco une série de préparations se rattachant à ce travail, et cette remise a été accompagnée d'explications très détaillées. M. Minor est donc bien en droit de reprocher à M. Marinesco d'avoir oublié son travail et d'avoir omis de reconnaître que M. Minor avait signalé avant lui l'existence de la dissociation de la sensibilité dans les myélites.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo, N. Versiloff.

Séance du 9 octobre 1898.

I. N. Solovtzow. — *Hydrocéphalie et hydromyélie comme source de diverses monstruosités du système nerveux central.*

La syphilis congénitale, qui dans les organes internes apparait sous forme de gommes miliaires, se révèle dans le système nerveux central par des inflammations chroniques des vaisseaux, ce qui amène un trouble dans la sécrétion de la lymphe et aboutit à une dilatation des vésicules primitives du névraxe.

Selon que le processus atteint l'une ou l'autre de ces vésicules les déformations tératologiques diffèrent de siège et d'aspect.

L'hydrocéphalie se généralisant à toutes les cinq vésicules cérébrales, aboutit à l'absence complète de la voûte cranienne et à l'arrêt de développement de tout le cerveau, lequel apparait alors sous forme d'une vésicule ou d'une pellicule mince couvrant la base du crâne.

L'hydrocéphalie se limitant à la première vésicule cérébrale, il en résulte l'absence des hémisphères; se limitant à la deuxième, troisième, quatrième ou cinquième, elle aboutit respectivement à l'absence des couches optiques ou à la dilatation, voire même à

l'ouverture de l'aqueduc de Sylvius, ou enfin à l'absence du cervelet. En outre, la perte d'une vésicule quelconque entraine fatalement celle des système nerveux qui y prennent leur origne ou qui s'y terminent; de même que la perte des centres, d'où partent ces systèmes de fibres. Ainsi l'absence du cervelet entraine l'absence du faisceau cérébelleux direct, des fibres arciformes, etc., etc. La perte des hémisphères et des couches optiques entraine celle des pyramides, de la couche extraolivaire, du laqueus et de toutes les fibres qui forment le pied du pédoncule. L'œdème du canal central de la moelle donne lieu soit à l'hydromyélie, soit à la formation du spina bifida, ce qui de son côté provoque l'abaissement de la partie dorsale du bulbe (dans le spina bifida de la région dorsale) ou seulement du vermis (dans la spina bifida de la région sacrale).

Discussion : M. Minor attire l'attention sur les conditions mécaniques qui accompagnent les manipulations de l'extraction de la moelle pendant l'autopsie, et qui peuvent donner lieu à des déplacements ou des dédoublements de la moelle épinière, surtout chez les nouveau-nés.

Il regrette en outre que l'orateur n'ait pas fait l'examen de l'épithélium du canal central dans les cas sur lesquels il s'appuie.

M. Mouratow ne croit pas qu'on puisse expliquer les diverses monstruosités indiquées par M. Solovtzow par le seul fait de la compression exercée par le liquide épanché. D'autre part le rôle de la syphilis dans les cas de S..., n'est pas suffisamment démontré. Dans ses recherches microscopiques, M. S... a eu le tort de négliger l'examen de la névroglie.

M. Kojewnikow ne peut pas admettre que les altérations vasculaires dans les cas de M. S... soit de nature syphilitique. Elles peuvent être secondaires, consécutives au manque de développement de la substance nerveuse.

II. T. Rybakoff. — *Contribution à la pathologie de la cellule nerveuse et de ses prolongements.*

L'auteur a examiné d'après la méthode de Golgi, les cellules de l'écorce cérébrale des cobayes qui avaient subi un empoisonnement plus ou moins prolongé (de cinq à trente jours) par le plomb. Les altérations consistent généralement en ceci que les prolongements perdent leurs contours réguliers et uniformes, ils présentent des renflements multiples, fusiformes ou sphériques; dans quelques cas, on voit le prolongement se désagréger en une série de petits tronçons, ayant l'aspect de gouttelettes; en même temps les petites épines qui à l'état normal garnissent les prolongements des deux côtés disparaissent plus ou moins. Ces altérations sont plus prononcés dans les couches superficielles et

affectent surtout les panaches protoplasmiques. Elles commencent par les plus fines branches des dendrites et s'étendent graduellement aux troncs plus épais jusqu'à atteindre le corps cellulaire lui-même, lequel se déforme alors, se gonfle et se recoqueville.

Des faits analogues ont été observés par divers auteurs dans des circonstances pathologiques très différentes.

L'auteur pense que toutes ces altérations tiennent à l'action directe sur la cellule de la substance nocive, quelle que soit la nature de celle-ci. Il s'agit d'un processus destructif sans doute, pourtant dans les cas légers la restitution *ad integrum* du prolongement peut s'opérer.

MM. Mourawieff et Kojewnikow prennent part à la discussion.

III. W. Mourawieff. — *Un cas de désagrégation aiguë de la myéline dans le système nerveux central et périphérique ; sarcomes multiples.*

Malade âgé de vingt-deux ans ; pas de syphilis ; abus d'alcool ; chancre mou il y a un an. Pendant un séjour à la clinique a présenté une série des troubles du côté de l'appareil neuro-musculaire et des articulations des membres inférieurs. A l'autopsie on trouva une sarcomatose étendue de la peau et des organes internes ; en outre tumeur sarcomateuse large et peu proéminente de la dure-mère cérébrale, et une autre tumeur molle de la dure-mère spinale dans la région dorsale moyenne. Dans tous les nerfs périphériques examinés sous le mircroscope, on a constaté une désagrégation de la gaine de myéline en segments irréguliers, ce qui constitue le premier stade de la névrite. Dans la substance blanche de la moelle et du cerveau, on voit sur des préparations faites d'après la méthode de Busch, un grand nombre de petits tronçons, provenant d'une désagrégation de la myéline. En outre, on a trouvé une dégénération des racines et des cordons postérieurs. L'auteur explique cette désagrégation aiguë de la myéline par une auto-intoxication, par suite de l'extension de la sarcomose, vu l'absence de tout autre facteur étiologique plausible. Les muscles des membres inférieurs présentaient le tableau de la myosite interstitielle, avec atrophie et désagrégation partielle des éléments musculaires.

Discussion : M. Kojewnikow fait remarquer que les altérations décrites par l'auteur ont pu se produire sous l'influence du marasme général.

Secrétaires des séances : G. Rossolimo, N. Versiloff.

BIBLIOGRAPHIE.

VII. *The Bulletin of the Ohio Hospital for Epileptics.* January, 1898.

Cette publication, qui doit paraître à intervalles irréguliers, est consacrée aux travaux faits dans l'asile des épileptiques de Gallipolis. Le premier numéro contient un extrait du *Rapport annuel* de l'administrateur, — un médecin; — une description du *laboratoire pathologique, communs* à tous les médecins (avec figure); — la relation détaillée de six cas d'*épilepsie* avec autopsie, par Ohlmacher (3 pl.); — de la ressemblance des cas précédents d'épilepsie avec certaines maladies associées à une hyperplasie thymique, par le même; — l'assistance des épileptiques par les colonies, par Rutter; — l'établissement d'un institut pathologique d'État, par le même; — deux cas de méningite typhoïde, par Ohlmacher; — technique microscopique et cas d'abcès cérébelleux consécutif à un abcès de l'oreille moyenne, par le même. — Comme on le voit, ce premier fascicule est intéressant. Nous donnerons le sommaire des numéros suivants dès qu'ils nous seront parvenus.

VARIA.

Statistique des idiots dans les pays scandinaves. Insuffisance de renseignements en France.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Copenhague. Danemark, le 7 janvier 1899.

Mon cher confrère,

Dans le nouveau *Journal scandinave pour l'assistance des idiots, aveugles et estropiés*, je désire publier un rapport international comparatif du nombre des places pour imbéciles et idiots dans les établissements spéciaux de l'Europe. Je vous prie de m'aider à répondre à la question relative à la France.

Le *Danemark* a maintenant une population de deux millions d'habitants et 1,200 places (dans deux établissements) pour les idiots, c'est-à-dire 1 p. 1.666. — En *Norvège*, la population est de deux millions et le nombre des places pour imbéciles (dans quatre établissements) est de 450, c'est-à-dire 1 p. 4.444. — En *Suède*, il y

a 813 places pour imbéciles et la population est de cinq millions, c'est-à-dire 1 p. 6.150.

En France, la population est de 38 millions. Combien y a-t-il de places pour les idiots dans les établissements spéciaux ?

J'ai lu votre rapport de 1894 avec un grand intérêt. Dites-moi, je vous prie, si les chiffres sont les mêmes qu'en 1895 ? — Je suis votre

Christian KELLER,
Médecin en chef de l'Institution Keller.

Nous sommes humilié de ne pouvoir répondre à notre honorable correspondant. Les renseignements que nous avons donnés dans notre Rapport de 1894 ont été rassemblés par nous et sans l'aide de l'Administration qui n'a pu rien nous fournir. Bien des fois nous avons réclamé d'elle des statistiques sur les enfants anormaux, en particulier sur les idiots, et cela tout à fait en vain. Le devoir de l'Administration est pourtant de se renseigner, de connaître exactement la situation, afin d'éclairer les législateurs, les éducateurs et le public. Si la loi sur l'obligation de l'instruction primaire était appliquée comme elle devrait l'être, on connaîtrait tous les anormaux et on pourrait se rendre compte de ce qu'il y a à faire pour eux. B.

NÉCESSITÉ DE L'HOSPITALISATION ET DU TRAITEMENT DES IDIOTS.

Le *Petit Var* du 12 février rapporte le fait suivant :

Trois jeunes gens de La Seyne, C..., F... et O..., dit le *Petit Var* du 12 février, sont inculpés de coups et blessures. Le jeune homme O., qui est *faible d'esprit*, était en butte aux *taquineries* continuelles de ses camarades qui abusaient de son *imbécillité*. Un beau jour, il s'est rebiffé et a donné un léger coup de canif à ses agresseurs C. et F., qui l'ont alors roué de coups. Me Leenaerts plaide pour le malheureux O. qui s'en tire avec trois mois de prison effacés par le bénéfice de la loi Bérenger. Les peu intéressants C. et F. sont gratifiés de six jours de prison.

Nouveau fait à joindre à beaucoup d'autres et qui vient montrer une fois de plus la nécessité de la réforme hospitalière que nous réclamons depuis si longtemps : création d'asiles départementaux pour l'assistance et le traitement médico-pédagogique des idiots. Nous profitons de l'occasion pour rappeler que les idiots de toute catégorie, enfants ou adultes, doivent être considérés comme des aliénés, dans la

grande majorité des cas; qu'ils sont sujets à des périodes d'excitation, à des impulsions qui les rendent dangereux; qu'ils commettent des actes de violences, griffent, mordent, battent les autres enfants, qu'ils sont destructeurs, ont des instincts pervers, etc. A cet égard, même des enfants de deux ou trois ans doivent être séparés de leurs familles et hospitalisés. B.

L'ALCOOLISME CHEZ LES ENFANTS.

Nous avons eu souvent l'occasion de relater des observations d'idiotie due à des lésions méningitiques ou encéphaliques, consécutives à l'alcoolisme chez les enfants et aussi de relever des faits sommaires consignés dans les journaux politiques. A tous ces faits dont les plus récents figurent dans notre précédent numéro, nous en ajouterons un nouveau, cité par le *Bonhomme Normand* (17 fév.) : « Un enfant de trois ans, de Mainsec (Charente), est mort pour avoir bu le quart d'un litre de rhum que sa mère avait laissé sur la cheminée. »

Plus qu'autrefois, les médecins, en présence d'accidents cérébraux chez les enfants doivent songer, comme étiologie, à l'intervention de l'alcoolisme. B.

UNE VISITE A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE GIESSEN (Grand duché de Hesse); par le Dr LADAME.

D'après M. Sommer, les avantages de l'asile clinique de Giessen, où le no-restraint est en honneur, peuvent se résumer dans les points suivants :

1° L'abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique;

2° La multiplicité des salles spécialement aménagées pour la surveillance continue;

3° L'annexe à la salle de surveillance de locaux de réunion, de cabinets de bains et de water-closets;

4° L'organisation d'un cabinet spécial pour l'examen scientifique des malades, à côté de la salle de surveillance;

5° La connexion étroite de cette salle avec les cellules d'isolement;

6° La situation des appartements des médecins à proximité des salles de surveillance continue.

Il est bon de noter qu'on trouve à Giessen un infirmier pour trois malades et qu'outre le professeur de clinique, qui remplit les fonctions de directeur-médecin en chef, il y a quatre médecins assistants; l'asile peut recevoir 100 malades, mais le nombre habituel des malades présents pendant les derniers mois a oscillé entre 50 et 62. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1898.) E. BLIN.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés de France. — *Asile de Bron.* — Le concours de l'internat de l'Asile s'est terminé par les nominations suivantes: Interne titulaire, M. Faure. — Internes suppléants, MM. Tissot, Lhoste, Buvat, Vires et Maussire. (*Gazette Médicale de Paris*, du 18 février 1899.)

Nécessité de l'Assistance des Aliénés. — Mme Louise Brissaud, soixante ans, épouse Vivial, demeurant à Gensac, a été brûlée vive pendant l'absence de son mari. Cette malheureuse ne jouissait pas de toute ses facultés mentales et on suppose qu'elle aura voulu jouer avec le feu. De là l'accident. La gendarmerie en a dressé procès-verbal. (*Indicateur de Cognac*, 12 janvier 1899.)

Alcoolisme : Ses conséquences. — A Longueville (Seine-Inférieure), le nommé Henri Ansont, 23 ans, ivrogne et mauvais sujet, avait bu avec Jean Duhamel, 62 ans, journalier. Ils se grisèrent et se querellèrent. Alors Ansont assomma le vieillard d'un coup de pelle à feu sur la tête, puis il porta le cadavre dans un champ où on le retrouva. Ansont, ayant été arrêté, a avoué son crime. (*Bonhomme Normand*, février.)

— Un journalier, Victor Leprince, âgé de quarante-six ans, a été trouvé pendu hier matin dans le bois de Chamasson, près Limours. Ce désespéré se livrait à la boisson.

— A Pussay, près d'Angerville, M. François Dorgère, âgé de soixante-seize ans, garde champêtre, s'est pendu à un arbre. On attribue ce suicide à l'alcoolisme. (*Petit Journal*, 22 novembre.)

Traitement des imbéciles et des épileptiques. — Le *Local Governement Bord* a sanctionné l'acquisition d'un vaste domaine faite par le *Leicester Bord of Guardians* dans le but de faire une expérience pour le traitement des imbéciles et des épileptiques qui sont actuellement dans le *Workhouse* de Leicester. Le projet en question est le résultat d'une enquête instituée sur le Continent par le *Chorlton Bord of Gardians* avec l'intention de se rendre compte des avantages de la méthode de traitement adoptée en Belgique et en Allemagne.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 399

Vol. VII. **Avril 1899.** **N° 40**

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

MYSTICISME ET FOLIE[1];

Par le Dr A. MARIE,
Médecin en chef de la Colonie de Dun.

Sous la dénomination de *délires mystiques* on ne saurait tenter une réhabilitation de l'entité morbide que les anciens auteurs décrivaient sous le nom de *folie religieuse*. Elle a vécu comme les monomanies qui ont fait place aux délires systématisés. Nous pensons donc qu'il y a lieu de rattacher les psychoses où se rencontrent des conceptions délirantes de nature religieuse à des types cliniques mieux définis, dont les délires mystiques ne sont que des modalités ; aussi avons-nous seulement en vue ici une question de séméiologie.

Nous esquisserons d'abord un court résumé des conditions générales de milieu, de temps, de lieu, d'éducation et d'hérédité, qui favorisent l'éclosion des délires mystiques.

En ce qui concerne les psychoses religieuses du moyen âge, les causes furent vraisemblablement les mêmes que pour les psychoses identiques qu'on peut encore observer de nos jours bien qu'exceptionnellement. Elles ont été maintes fois étudiées et nous nous contenterons de renvoyer aux documents historiques que nous indiquerons à la fin de ce travail. La synthèse en a d'ailleurs été magistralement faite

[1] La mise à l'étude pour le Congrès de Marseille, des *délires systématisés secondaires*, nous a engagé à écrire cet article qui s'appuie sur deux études antérieures publiées avec M. le Dr Vallon, *in Arch. de Neurologie*, 1896-1897, nos 12, 13, 15, et 1898, nos 29 et 30.

par Calmeil dans un traité de la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire. (Paris, 1845.) Nous y avons puisé largement.

Mais un côté de la question qui a été peu abordé jusqu'ici, c'est l'étude des milieux particuliers, où se développent encore des délires mystiques, elle pourrait permettre d'induire à quelles conditions générales, étiologiques, ces psychoses ont dû d'éclater simultanément dans certains pays éloignés, à certaines époques et de s'y reproduire ensuite avec persistance, jusqu'à nos jours. Car un fait à noter, c'est qu'à l'heure actuelle, les régions qui paraissent produire des aliénés mystiques, sont précisément celles où régnèrent au moyen âge les psychoses religieuses à l'état endémiques.

Comme on l'a dit[1], l'ignorance est la mesure de la religion ; toutes deux vont et suivent de compagnie. A l'accroissement de la science, correspond l'amoindrissement de la foi. Ces paroles peuvent s'appliquer au délire religieux qui sévit encore de nos jours dans les régions où l'instruction est le moins développée.

D'une façon générale les facteurs étiologiques qui nous occupent sont de deux ordres ; les unes extrinsèques tenant au milieu ambiant, les autres intrinsèques tenant aux malades eux-mêmes, aux conditions de procréation et de développement individuel, etc.

Les régions montagneuses ou peu accessibles et peu fréquentées, amènent une vie confinée très propre à la perpétuation des vieilles superstitions du fétichisme primitif le plus grossier.

La misère physique s'y faisait particulièrement sentir, aux époques des grandes famines du moyen âge; il en est de même des jeûnes exgérés commandés par le fanatisme religieux. Enfin la misère psychique résultait fatalement de l'ignorance superstitieuse invétérée. Le peu d'instruction répandue était purement religieuse; il ne pouvait que préparer le terrain à l'action désastreuse des prédications terrifiantes faites au cours de missions tendant à cathéchiser les populations arriérées. Celles-ci manquaient leur but par le zèle intempestif des cathéchistes comme cela se voit encore

[1] André Lefèvre. *Dictionnaire des sciences anthropologiques*, article *Religion.*

parfois pour les néophytes des missions coloniales. (*Possédés de Cochinchine*, Calmeil, II, 417, LC.)

« On a vu, dit Calmeil, le délire éclater à la suite de confessions mal dirigées, de sermons sur les peines de l'enfer dans lesquelles l'orateur avait cru devoir frapper l'esprit à l'aide de descriptions extravagantes et coloriées à plaisir, de jeûnes et de privations poussées au delà des limites de la prudence. »

« Une cause fréquente de délire religieux, dit M. le Dr Ballarger, ce sont les missions, les sermons véhéments et les prédications qui peignent en vives couleurs les calamités de l'Église... En Irlande, une épidémie de délire mystique se manifesta ainsi il y a quelques années à la suite de prédications, destinées à amener un réveil religieux [1]. »

Une épidémie contemporaine, dans l'ouest où nous avons encore pu observer l'un des malades éclata de même à la suite d'une mission prêchée dans la localité. Ajoutons que les missions se multipliaient aux époques de calamités publiques, pendant les famines notamment.

L'absence de croisements et la consanguinité des ascendants accumulent trop souvent la dégénérescence, multipliant les tares similaires neuro-psychopathiques et autres, elles préparent les délires endémiques. Plusieurs de nos observations personnelles portent sur des malades de l'Ouest.

Les campagnes fournissent dans ces régions un apport considérable d'aliénés. Or dans ce milieu les infirmités cérébrales l'emportent constamment sur les affections délirantes vraies comme si la dégénérescence héréditaire y parcourait plus rapidement l'échelle régressive descendante... C'est que, dans ces campagnes malgré l'application de vingt années de service militaire pour tous, le paysan est resté confiné, ne s'alliant volontiers qu'aux familles du même village ou d'alentour. Il en résulte la fréquence du même nom dans certain ilot du département et la coexistence fréquente à l'asile d'aliénés portant même nom, parents éloignés à leur insu, autant au point de vue pathologique que patronymique [2]

[1] P. Ball. *Traité des maladies mentales*, p. 492. Edition 1887.

[2] La Roche-Gandon. Rapport 91, p. 12, Drs Friese et Marie.

Ajoutons la débilité physique par privations et mauvaise hygiène sociale et la débilité mentale congénitale, compliquées de causes dépressives occasionnelles. (Chocs moraux, toxiques, stupéfiants.)

Une pratique fréquente de démonolâtres et de lycanthropes consistait à s'enduire le corps de certaines pommades et à boire des breuvages compliqués où entrait la belladone.

Encore de nos jours on trouve trace de ces pratiques [1].

1° *Délires systématisés.* — Au point de vue séméiologique, une première distinction est à faire selon que les conceptions délirantes mystiques sont ou non systématisées. On peut classer en deux sous-groupes distincts les affections mentales où s'observe un délire systématisé de teinte mystique.

D'une part les cas où les idées religieuses sont l'expression d'un fond mental congénital ou acquis particulier; l'aberration progressive en entraîne l'évolution systématique et la complexité croissante, suivant une marche cyclique.

D'autre part, les psychoses ordinaires non progressives ainsi que les folies toxiques, organiques, névropathiques, etc., pouvant s'accompagner d'idées délirantes religieuses. Ces dernières ne constituent alors qu'un des éléments multiples et variables du cortège symptomatique; mais elles prennent une importance particulière au point de vue du diagnostic avec les précédentes.

Arrêtons-nous un instant tout d'abord sur ces psychoses religieuses systématisées à évolution chronique. Aux délires mystiques répondant à peu près au type établi par M. Magnan dans son délire chronique, on peut opposer des espèces morbides analogues comme début et chronicité mais à évolution diamétralement opposée. Nous voulons parler des délires systématisés dits secondaires [2], en particulier des mélancoliques chroniques à idées de damnation et de possession, dont on doit la synthèse délicate à M. Cotard [3].

[1] Voir l'observation citée plus loin : P. Regnard, *les Sorciers*, 1887, p. 22; Bourneville et Teinturier, *le Sabbat des Sorciers.* (*Bibliothèque diabolique.*) P. M.

[2] Séglas. *La Paranoïa*, p. 33, t. III, 1887. (*Arch. de Neur.*, n° 39.) — *An. Méd. Psy.*, janvier 1889 et juillet 1889. — *Progrès Medical*, n° 46, p. I, 16 novembre 1889. — (*Caractères généraux des délits mélancoliques.*)

[3] Cotard. *Arch. de Neurol.*, 11 et 12, 1882.

En ce qui concerne les formes de délires systématisés primitifs, nous rappellerons que M. Magnan rejette le délire mystique comme entité distincte, mais l'admet comme variété du délire chronique, puisqu'il en trace l'évolution comparative parallèlement au délire chronique type[1].

D'autre part si nous passons en revue les principales nomenclatures étrangères en psychiatrie, nous y voyons également des délires religieux figurer comme variété d'autres grands groupes.

C'est ainsi que Griesinger[2] (1845-1867) que nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer (édit. 1873, p. 361, 363, 687), au sujet de la théorie de la possession, décrivait des « Scondare Verrucktheit » à teinte mystique — (délires systématisés secondaires démono-mélancoliques). Plusieurs observations de cette dernière classe sont typiques à notre point de vue. — Il leur oppose en dernier lieu les formes primitives de Snell, pouvant affecter une forme religieuse exaltée[3]. Hertz, Ripping, Nasse et Samt (1874) distinguent aussi ces Werrucktheit ou Wahnsinn[4] primitives et secondaires. Samt en particulier place les délires religieux comme sous-variété de la forme originaire, de Sander, qu'il divise en hallucinatoire dépressive ou exaltée[5] ;

Avec Mendel[6] la terminologie se transforme et la paranoïa remplace les Werrucktheit ou Wahnesinn. Mais Krafft-Ebing lui applique la même distinction que les auteurs précédents ; pour lui il y a une paranoïa secondaire (née le plus souvent d'états mélancoliques) et une paranoïa primitive ; il en étudie les variétés religieuses[7].

[1] Magnan. *Leçons cliniques.* (*Prog. Méd.*, 1887, p. 182.)

[2] Griesinger. *Maladie mentale*, 65. — Trad. *Daumie* et *Arch. of Psych.*, Bd. I, 148, et édition 1873, p. 361, 363, 367.

[3] Snell. *Uber monoman als primare forme der Talenstorung*, 1865, Birh.

[4] Hertz, Nasse. (*Allg. Zeitung of Psych.*) Bd. XXXIV, p. 167, 1878.

[5] Saint. *Die Nationwisench. Methode in der Psychiatrei*, Berlin, 1874, p. 38-42.

[6] Mendel. *Eulenburg's Encyclopedie*, nov. 1883. — *Berliner Gesellschaft f. Psy. undch Nerve Zitzung*, 9 avril 1883. — *Neurol. Centralblatt*, 5, 1883.

[7] Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psych. Stuttgard.* — *Id.*, 1879, Bd. II, — *Id.*, 1881 et 1888. — *Irrenfreund*, XX.

Krœpelin distinguant aussi des formes primaires de délires systématisés et d'autres secondaires, surtout aux états mélancoliques décrit les délires religieux du premier groupe[1]. Witkowski insiste sur les formes secondaires et établit des modalités de transition entre la mélancolie vraie et ces Werrucktheit « ce sont les gens déprimés en permanence négateurs, sceptiques, pourris, damnés, immortels[2] ».

Schüele enfin divise en deux ces délires systématisés[3] : 1° idées délirantes nuisant au moi, le rapetissant, exemple : personnalité attaquée par le démon ; 2° idées délirantes élargissant le moi ; exemple : idées religieuses aboutissant à la mégalomanie.

En Amérique, Spitska (1883)[4] décrit deux sortes de délires systématisés : *a*) expansifs, 3e sous-variété, délire systématisé de caractère expansif religieux; *b*) dépressif, à sous-variété religieuse également.

En Italie, Morselli[5] et Buccola (1883), distinguent aussi plusieurs formes de paranoïa; et à côté du délire des persécutions proprement dit (Querulenti e litiganti) ils décriventune seconde forme de couleur érotique ou religieuse. Amadei et Tonnini[6] (1883) opposent en outre à ces paranoïa dégénératives des formes psychoneurotiques; le délire religieux figure dans leur classification dans l'un et l'autre groupe à titre de sous-variété de chaque forme (originaire, primitive, tardive, hallucinatoire ou non). Riva et Tanzi[7] dans leur tableau de sept formes de paranoïa, rangent la folie religieuse en troisième lieu après les formes à délire de persécution ou ambitieux, et avant les formes érotiques. Pour eux, comme nous

[1] Kræpelin. *Compendriens der Psych.*, 1883, — Leipsik, id., dernedit., 1889.

[2] Witkowski. *Congrès annuel des aliénés allemands*, Bd., 1885, et *Alg. Zeitung f. Psych.*, Bd. XLII, 6, 1886.

[3] Schüle. *Klinische Psychiatria.* — *Speeielle Pathologie und therapie der Geisterkrank.* Leipsik, 1886. — Traduction française de MM. Duhamel et Dagouet, P., 1888.

[4] Spitska. *Luzane delusions.* (*Journal of new and mental dizases*, 1881.)

[5] Morselli et Buccola. *La piazzia sistematizzata.* (*Giornale della R. Acad.* et *Rev, sperim. de Frenatria*, 1882, p. 80.) (Torino, 1883-210.)

[6] Amadei et Tonnini. *La Paranoïa e le sue forme.* (*Archietal per le mal, nervo*, 1883-1884.)

[7] Riva et Tanzi. *Rev. sperim, di Frenatria*, 1884, 1885, 1886.

le reverrons dans la suite de notre étude, le fond mental dégénératif est de règle pour les autres paranoïaques.

En Russie [1] la même idée est développée par Rosenbach, tandis que Greidemberg admet à côté des formes héréditaires, d'autres non dégénératives. les idées religieuses pouvant exister dans l'un et l'autre cas [2].

En Belgique, Guislain oppose au délire religieux combiné à la mélancolie (p. 129 et 187), la mégalomanie religieuse incurable. « Ces dieux, ces saints, ces papes, etc., ne guérissent pas, à moins que les idées relatives à ces transformations, ne soient fournies par une mélancolie ou une manie [3]... » Avant d'en finir avec ces questions délicates de nomenclature nous croyons devoir préciser à quoi correspondent, suivant nous, les termes de délires systématisés primitifs ou secondaires souvent employés. Chez le mélancolique, on l'a dit, le délire est secondaire et consécutif à l'état affectif; chez le délirant chronique, le délire est essentiel et primordial [4].

La mélancolie, proprement dite, n'est pas un délire systématique. Lorsque cette vésanie passe à l'état chronique et qu'un délire systématisé vient se greffer sur l'état primitif, ce délire est secondaire.

La mélancolie type, religieuse ou non, a en effet, pour base un trouble du fond émotionnel qui change absolument l'état moral du sujet. Les idées délirantes par suite, lorsqu'elles arrivent en second lieu, se trouvent en contradiction avec le caractère, et les idées antérieures. Il y a déjà changement du ton de la personnalité, d'où, le délire à marche divergente; tandis que le persécuté reste toujours le même, lorsqu'il délire et présente un délire convergent sur lui-même; par suite de l'origine primitive des idées délirantes et des troubles psycho-sensoriels qui les accompagnent.

Ces expressions primitives ou secondaires ont été l'objet de confusions nombreuses entre les auteurs, tant en France qu'à l'étranger les uns considèrent l'expression de délire primaire comme synonyme de systématisation d'emblée, par opposition à la systématisation progressive; d'autres, consi-

[1] Rosenbach. *Messager Russe*, 1884.
[2] Greidenberg. *Messager Russe*, 1885.
[3] Guislain. *Leçons orales sur les névropathies*. Gand, 1852.
[4] Magnan et Sérieux, p. 110.

dérant avec Morel[1] la période d'inquiétudes (ancienne période hypocondriaque) comme l'équivalent de l'accès mélancolique primitif des psychoses secondaires, décrivent tous les délires systématisés comme secondaires.

Cependant, les délires de persécution systématisés (à teinte mystique ou non) sont des délires *primitifs*, car ce sont des troubles primitifs de l'idéation, se combinant à des phénomènes sensoriels; ils ne représentent en somme que l'exagération, la constatation et la traduction délirante des tendances particulières, natives et premières de l'individu. On pourrait distinguer encore parmi les délires dits secondaires, aux états mélancoliques, selon la variété de mélancolie primitive (formes hypocondriaques, anxieuses ou avec idées de persécution, etc.).

Ces sous-distinctions n'ont pas peu contribué à la confusion précitée; on a parfois décrit comme consécutives aux délires de persécution des formes en réalité secondaire à la mélancolie avec idées de persécution:

Des psychoses décrites comme secondaires à un état maniaque n'étaient que consécutives à un état anxieux de mélancolie agitée. Aussi, sans entrer dans ces distinctions spécieuses, nous en tiendrons-nous aux catégories ordinaires, c'est-à-dire, aux mélancolies chroniques (délires systématisés dits secondaires, Cotard) et aux délires de persécution (délire dit chronique, Magnan) (à systématisation primitive, Séglas), dont nous signalons les variétés religieuses.

Le *mysticisme*, dans sa signification la plus générale est cette prétention de connaître sans intermédiaire et en quelque sorte face à face, la divinité (V. Cousin). Le mot divinité est ici pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire, désignant aussi bien les déités bienfaisantes ou malfaisantes, dieux et diables.

Chez les aliénés, cette croyance à des rapports surnaturels s'étaie sur des hallucinations et des interprétations délirantes qui leur font attribuer aux phénomènes fortuits une origine mystérieuse et une signification fatidique. L'objectivation délirante qui constitue le fond de cet état mental de l'aliéné n'est que l'extériorisation d'un dynamisme psycho-sensoriel ou moteur. L'éréthisme sensoriel pousse le malade à attribuer

[1] Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 703, 1860.

à des êtres fictifs, ses impressions imaginaires. L'éréthisme moteur fait qu'il attribue à des volontés étrangères ses mouvements en quelque sorte imaginaires et virtuels, ou ses impulsions automatiques inconscientes.

Les deux sortes de phénomènes moteurs et sensoriels existent souvent, mais leur ordre d'apparition paraît d'une importance considérable en ce que de lui dépend le sens dans lequel s'opérera la systématisation.

Si les troubles psycho-moteurs sont primitifs, la personnalité tendra à se dissocier, s'anéantir. Au contraire l'éréthisme sensoriel primitif provoquera l'exagération, l'hypertrophie du moi, comme on l'a dit, et la mégalomanie vraie avec ou sans dédoublement consécutif.

La possession par le bon ou mauvais ange est donc l'énonciation par le malade, d'une même vérité psychologique, à savoir, la constitution d'un dynamisme réalisant une force supérieure à l'individualité première. Aussi comprend-on qu'on observe cliniquement la coïncidence ou la succession des deux (possession diabolique et inspiration par incarnation divine). Mais ce serait une erreur de croire que toujours le démoniaque se transforme en théomane, il paraît au contraire y avoir deux ordres de systématisation opposés bien que partis d'un état initial identique en apparence.

Donc dans un groupe, on peut ranger les délires religieux à formes dépressive (systématisation des mélancolies chroniques). Les troubles psycho-moteurs y sont primitifs par rapport aux troubles sensoriels consécutifs et non constants, désagrégation de la personnalité d'emblée.

Dans l'autre groupe, viennent les délires religieux à systématisation (sans états mélancoliques ou hypocondriaques vrais antérieurs). Évolution vers la théomanie, troubles sensoriels, primitifs, par rapport aux troubles psychomoteurs secondaires possibles (dédoublement tardif ou objectif de la personnalité). Notre premier groupe comprend les formes complètes des délires de négation, le deuxième, les formes religieuses du délire chronique de M. Magan. Les hallucinations motrices paraissent le lien unissant ces deux groupes opposés, et les différenciant eux-mêmes du type principal auquel ils se rattachent respectivement.

Cette distinction équivaut cliniquement à la distinction psychologique de Morel. Pour lui, le délire religieux peut

résulter effectivement, soit de l'exagération de l'amour de Dieu (théosophes et prophètes, formes délirantes exubérantes), soit de la crainte de sa loi (formes dépressives)[1].

Au point de vue psychologique il serait plus juste de dire *autophilie*, amour de soi-même, qu'exagération de l'amour de Dieu, car, ainsi que le fait remarquer Moreau de Tours (p. 227) : « Qu'est-ce que la théosophie, suivant Gerson, Bœhm, etc. ? C'est une théologie, une métaphysique, une cosmologie, la science des sciences révélée.... Théosophe, c'est-à-dire plus que philosophe et plus que théologien, c'est-à-dire encore savant de la science de Dieu même. Au théosophe, les écritures révèlent d'elles-mêmes, leur sens mystérieux, la nature ses plus secrets symboles; l'âme ses mystères ; tous les voiles tombent devant ses yeux, il saura tout, sans avoir rien appris, il raillera la science humaine, si défectueuse et si lente[2].

« Même dans les passions de l'amour et des sentiments religieux, l'aliéné reste ordinairement égoïste, dit aussi Fabret[3]; il est en proie à des préoccupations toutes personnelles de damnation, et croit qu'il a été choisi par Dieu pour remplir une mission divine.... »

Aussi, les théomanes sont-ils souvent en opposition avec les croyances religieuses de leur pays, et c'est surtout aux ministres du sacerdoce que s'adresse leur haine et la fureur de leurs vengeances. « Comment souffrir les prétentions d'un nouveau Christ, d'un nouvel apôtre saint Jean, d'un nouvel Élie, quand on lui répète depuis le matin jusqu'au soir, que le temps de purger l'hérésie est arrivé ; que c'est Dieu lui-même qui parle, qui ordonne par cette bouche[4] ! »

2° *Délires mystiques non systématisés.* — D'une façon générale, les idées délirantes religieuses peuvent encore s'observer comme symptômes d'états maniaques; dans les états démentiels, elles peuvent être consécutives à la sénilité ou exister antérieurement.

La paralysie générale et les intoxications peuvent s'en accompagner ainsi que les névroses (épilepsie et surtout hystérie).

[1] Morel. *Traité de maladies mentales*, 1860. P.
[2] Moreau de Tours. *Psychologie morbide*, p. 227.
[3] J. Fabret. *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, P., 1889.
[4] Calmeil. *De la folie*, p. 81.

Parmi les états congénitaux, l'idiotie et l'imbécillité présentent peu d'intérêt à notre point de vue, en revanche la débilité et la dégénérescence héréditaire offrent un terrain propice à l'éclosion des délires religieux, on peut observer une transition insensible entre ces derniers délires mystiques et ceux des délirants systématisés types.

MANIE. — Nous avons vu les idées religieuses, dans les états mélancoliques, et dans les délires systématisés primitifs. Pour en finir avec les vésanies, où peuvent s'observer ces conceptions délirantes, il nous reste à dire quelques mots des états maniaques.

« Il n'est aucune forme de maladie mentale, dit Cotard[1], où les troubles de l'activité motrice se manifestent avec autant d'évidence que dans la manie. Tous les auteurs ont décrit cette excitation pathologique que porte à la fois sur les *mouvements extérieurs*, sur la parole et sur les *mouvements intérieurs* de la pensée. Le développement consécutif des idées de force, de talent, de puissance et de grandeur, ainsi que des sentiments de joie et de bonheur, a été clairement indiqué par Pinel et par la plupart des observateurs. Le plus souvent, dans l'excitation maniaque franche, lorsqu'il n'y a pas d'autres éléments combinés, l'*hyperkinésie* est rapportée au moi, comme l'est l'activité volitionnelle normale. C'est le moi qui veut, c'est le moi qui assume la responsabilité des actes et s'en glorifie; *ce sentiment de la personnalité s'exalte dans la mêmeproportion que l'activité motrice.*

« De l'exagération du pouvoir moteur par lequel nous agissons sur les images du monde extérieur, par lequel nous les faisons nôtres, et par lequel, nous prenons, en quelque sorte possession de ce qui nous entoure, dérivent les idées de richesse dont Destutt de Tracy plaçait déjà l'origine dans la volonté. « Le maniaque connaît tout, possède tout et peut tout. Il vit dans un miracle perpétuel. De là, l'absurdité de son délire secondaire mais non systématisé au sens propre du mot : il n'y a ni raison ni logique pour un être tout-puissant, capable de maintenir en équilibre et sans effort apparent les constructions mentales les plus instables. » (Pas de systématisation donc, en principe.)

[1] Cottard. *Loc. cit.*, p. 422 et 423.

L'éréthisme moteur des anxieux, présente un caractère tout particulier ; il est automatique, violent, impulsif et s'accompagne de phénomènes inhibitoires. L'excitation franche d'emblée des maniaques est absolument différente. Le maniaque, comme les déprimés, éprouve le sentiment d'une puissance intérieure, mais tandis que chez ce dernier, c'est une puissance adverse malfaisante, infernale et diabolique, le maniaque, lui, offre plutôt l'analogie avec le théomane et l'exaltation qu'il éprouve reste sienne. Mais ce sentiment de puissance intérieure il le manifeste d'une façon incohérente et contradictoire. Il est Dieu, ou le Diable indifféremment, voire même l'un et l'autre ensemble.

A côté de ces formes de l'exaltation maniaque « dans lesquelles les divers éléments psychiques s'associent dans un même dynamisme synergique et où se produisent, au moins momentanément, une harmonie et un bonheur parfait », Cotard [1] place celles toutes différentes, dans lesquelles prédominent l'irritabilité, la taquinerie, les dispositions agressives, le besoin de destruction et la fureur.

« Ces formes irritables et violentes de la manie, supposent dans le conflit entre les divers éléments psychiques un antagonisme qui rapproche ces formes de la manie des états impulsifs et hallucinatoires, et aussi, de la mélancolie agitée avec laquelle elles se confondent par des nuances insensibles. »

Les mêmes idées religieuses que l'on rencontre dans la mélancolie peuvent, par suite se montrer dans ces formes maniaques.

La longue citation de Cotard suffit à faire comprendre les analogies et les différences des idées religieuses dans les états aigus, maniaques ou mélancoliques.

Quant à la manie chronique, si elle peut conserver quelque teinte mystique, le délire n'en tire le plus souvent aucun caractère digne d'être signalé. La logorrhée, les fuites d'idées et les autres symptômes classiques ordinaires de ces états suffisent d'ordinaire à établir le diagnostic.

DÉMENCES. — Dans la démence sénile et dans la démence liée à une lésion cérébrale circonscrite (ramollissement, hémorragie, tumeur), les préoccupations religieuses sont

[1] Cotard, p. 424, 425.

fréquentes ; le souci du salut, la crainte de la mort, amènent une recrudescenre des manifestations extérieures de la dévotion ; il peut même se produire des idées délirantes religieuses qui ont pour caractères d'être morbides, incohérentes et diffuses, ces idées délirantes, consécutives à la démence se rapprochent par leurs caractères, des conceptions analogues des déments paralytiques [1].

Il y aura donc lieu dans ces cas, de faire le diagnostic avec la paralysie générale et aussi avec les psychoses tardives ordinaires [2]. Les éléments positifs en seront fournis par l'âge, les antécédents, l'état somatique (motilité), l'émotivité si spéciale des circonscrits [3]. Quant aux démences séniles greffées sur un état délirant, elles présentent aussi des caractères qui les différencient entre elles, ainsi que des précédentes.

Lorsque la psychose religieuse systématisée se stéréotype, le malade, par suite de complication progressive de son délire, arrivée à un état de pseudo-démence, comme dit M. Christian [4], où la dissociation du système n'est qu'apparente. Le langage incompréhensible et les néologismes compliqués de ces malades n'excluent pas la conservation parallèle du langage et de l'écriture normaux.

En face de réponses en apparence incohérentes, d'attitudes et de gestes bizarres, on devra se rappeler le vieux théomane de Calmeil qui, malgré de tels symptômes, put donner pendant vingt-cinq années une traduction invariable et compréhensible de son délire. Mais ce sont parfois là des confidenees délicates à obtenir du malade qui s'isole de plus en plus dans son délire; absorbé par son système, il en arrive à perdre les notions ordinaires de temps et de lieu.

Si on peut le replacer sur le terrain de son délire, on est parfois étonné de la persistance et de la précision des souvenirs et des conceptions stéréotypées. Il semble que ces dernières résistent plus que les éléments moins atteints de la mentalité.

[1] Thivet. *De l'état mental des vieillards.* (Thèse, Paris, 1889.)

[2] Séglas. *Progrès médical,* 1888, n° 43. — *Psychoses séniles et tardives.*

[3] Lwoff. *De l'état mental dans les lésions circonscrites du cerveau.* (Thèse, Paris, 1890.)

[4] Christian. *Archives de Neurologie.*

Bien que cela paraisse une assertion paradoxale au premier abord, c'est cependant un fait d'observation qui pourrait peut-être trouver son explication dans la théorie générale de la régression.

Les mélancoliques chroniques possédés sont également susceptibles de subir les atteintes de la sénilité et de l'affaiblissement démentiel qui en résulte : tout tend alors à s'effacer dans leur mentalité dissociée par un long délire préalable.

Ils sont bien alors les automates qu'ils disaient être, c'est une machine qu'on habille chaque matin et qui vit mécaniquement, comme cette vieille mélancolique dont parle M. J. Dagouet, qui ne se souvenait pas qu'elle existait la veille ; non seulement il n'y a plus de présent, mais le passé lui-même s'est évanoui.

Les lésions en foyer peuvent à leur tour survenir et entraîner la mort plus ou moins rapide.

Paralysie générale. — Chez les paralytiques généraux un des caractères du délire paraît fourni, dit Cotard, « par la prépondérance des idées de force, de capacité, de calcul, de puissance. Le malade ne doute ni n'hésite, tout lui est facile, jamais il ne se décourage, jamais l'idée d'un échec ou d'un insuccès ne se présente à son esprit. Un paralytique, convaincu qu'il est capable de voler comme un oiseau, se jette par la fenêtre ; l'absurde ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

« Il semble que ce délire soit développé sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels. Le malade est d'une activité exubérante, il est toujours en mouvement, parle sans cesse, ne connaît ni le repos ni la fatigue, il y a là une maladie de la volonté aussi bien que dans l'aboulie : c'est, qu'on me passe l'expression, une *hyperboulie*. » M. Klippel a, depuis, donné comme substratum organique de ces états, la vaso-dilatation généralisée.

Ce caractère propre *hyperboulie* du délire des paralytiques engendrera facilement, on le conçoit, des idées de toute-puissance et une sorte de théomanie. Les paralytiques Dieu ou fils de Dieu ne sont pas rares. La genèse de ces idées s'explique autant par l'hyperboulie que par l'affaiblissement intellectuel.

« Beaucoup de déments, non moins affaiblis que les para-

lytiques, sont loin d'atteindre le même degré d'absurdité, et, ce degré d'absurdité se manifeste chez certains paralytiques à une époque où l'affaiblissement des facultés est peu considérable, de même d'ailleurs que chez certains circulaires qu'on ne peut soupçonner de démence[1]. »

La ressemblance de ces conceptions ambitieuses de couleur plus ou moins mystique, avec les conceptions analogues des maniaques simples, est ici une cause d'erreur que l'examen somatique permet d'éviter.

Dans les cas ordinaires et de méningo-encéphalite sans excitation maniaque, avec simple exubérance, les malades offrent toujours de ces contrastes typiques dans leurs divers titres. Tel ce malade qui était à la fois *Dieu puissant* et concierge du Trocadéro[2].

On le voit, tous les états exubérants ont entre eux un trait commun qui est la prédominance de l'éréthisme moteur avec idée de toute-puissance incohérente et non coordonnée.

Dans la paralysie générale à forme dépressive mélancolique ou hypocondriaque les délirants peuvent revêtir plus ou moins la forme religieuse, quelquefois même on observe des idées de possession Ces malades ont d'ailleurs une vaso-constriction inverse des précédents (Klippel).

Intoxications. — Dans les formes les plus ordinaires où la panophobie avec zoopsie l'emporte, le rêve de l'alcoolique offre aussi parfois, un caractère religieux. Le malade lutte avec acharnement contre les démons, ou se croit transporté au sabbat et assiste à un grouillement fantastique d'animaux monstrueux.

Suivant M. P. Regnard[3] les sucs des solanées vireuses, mandragore, belladone, etc., provoquaient des hallucinations de ce genre et c'est à leur usage que devraient être rapportées en partie, les hallucinations des sorcières légendaires,

Epilepsie. — Morel[4] a signalé la mélancolie religieuse des épileptiques au début de leur affection et fait ressortir ce fait

[1] Cotard. *Loc. cit.*, p. 371.

[2] Dupain. *Loc. cit.* Obs. LXV.

[3] *Le Sabbat des Sorcières* (*Bibliothèque diabolique*). — *Les Sorciers*. P. Regnard, 1887, p. 22. — Ch. Richet. *L'homme et l'intelligence*, p. 500.

[4] B.-A. Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 701.

que l'inactivité de ces malades est fréquemment dirigée dans l'esprit des pratiques religieuses les plus exagérées. Morel, après s'être demandé souvent si les dispositions puisées dans le milieu où ces malades ont vécu antérieurement ne sont pas pour beaucoup dans ces tendances religieuses, reste convaincu que la névrose épileptique a une influence propre sur ces manifestations intellectuelles.

D'après M. Magnan[1], dans la folie épileptique le délire est souvent de nature mystique.

Kraft-Ebing rapporte plusieurs cas de ce qu'il appelle *Post-epileptisches religios-expansives delirium* et *Epileptisches circulares irresein*[2].

On conçoit que les raptus automatiques et les impulsions irrésistibles qui constituent d'ordinaire l'équivalent psychique des crises convulsives, invoquent à l'esprit de l'épileptique l'idée d'une force supérieure à laquelle il attribue l'acte dont il ne se sent pas responsable. M. Dupain en a rapporté un bel exemple[3].

HYSTÉRIE. — Le délire religieux est fréquent dans l'hystérie. Un certain nombre de cas de possession démoniaque rapportés par les anciens auteurs appartiennent à l'hystéromanie épidémique. Avec les délires systématisés, l'hystérie est, en effet, l'affection où la dissociation de la personnalité s'observe le plus fréquemment.

Le rôle important de cette névrose dans les psychoses endémiques du moyen âge a fait l'objet de travaux multiples dans ces dernières années; en particulier, l'école de la Salpêtrière a publié des études magistrales sur ce sujet.

Qu'il nous suffise de rappeler les titres de quelques-uns des plus récents de ces ouvrages.

Sans remonter plus haut que 1887, nous citerons de Charcot et de ses élèves :

Les Démoniaques dans l'Art (1887), puis *les Malades et les difformes dans l'Art* (1889), *l'Etude clinique sur la grande hystérie*, et *l'Hystérie dans l'Histoire* (P. Richer). Enfin *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à*

[1] Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, 1883, p. 44.

[2] Krafft-Ebing. *Lerbuch der Psych.*, t. III, 1880. Observations 79, 81, 82 et 88.

[3] Dupain. *Loc. cit.* Observation 52.

Loudun (Legué et Gilles de la Tourette) et le reste de la collection Bourneville, bien connue sous le nom de *Bibliothèque diabolique; le Sabbat des sorciers; Françoise Fontaine; la Possession de Jeanne Ferry; la Dernière sorcière de Genève*. Ajoutons le récent *Traité clinique de l'hystérie* (Gilles de la Tourette).

Nous ne pouvions songer ici, à présenter un résumé de ces ouvrages où tout est à lire; c'eût été, d'ailleurs, franchir les limites de la Psychiatrie et empiéter sur celle de la Pathologie nerveuse proprement dite. Mais, si le rôle considérable de l'hystérie dans ces folies communiquées, est maintenant un fait acquis et élucidé, celui des psychoses autres, n'a peut-être pas été aussi bien mis en lumière. Cependant, il ne paraît pas avoir une importance moindre. Il est de notion élémentaire, en effet, dans les cas de folie communiquée, que l'on peut distinguer deux sortes de délirants; les uns, actifs, imposant leurs convictions délirantes que subit la foule passive des autres. Si l'on étudie les épidémies de possession, on voit que dans chacune il y avait quelque service, cause initiale de la possession, qui avait dû appeler le premier, le démon. Ce sorcier est le délirant principal dont la folie entraîne celle des prédisposés voisins, en particulier des hystériques, par une sorte de suggestion imitatrice.

« Il y a, dit M. Gilles de la Tourette, dans l'état mental des hystériques, quelque chose d'absolument spécial, qui se résume en ce mot gros de conséquence : *la suggestibilité* (*Traité clinique de l'Hystérie*, p. 492-493).

M. P. Janet a bien montré l'extraordinaire crédulité des hystériques mise en œuvre par la suggestibilité, qui est la caractéristique de leur état mental (p. 523). L'hystérique peut être, à ce point de vue, mise en opposition avec les vésaniques. Son cerveau ne se prête pas aux combinaisons de longue durée, elle est esclave de la suggestion du moment ; c'est le moule où s'imprègne une suggestion inconsciente (*l. c.*, p. 528).

Les vésaniques actifs, au contraire, sont généralement des délivrants systématisés, à la différence des débiles, ou des hystériques sugguables. Les phénomènes cliniques que présentent ceux-ci, sont alors, le reflet, la copie plus ou moins exacte des symptômes cliniques essentiels de ceux-là. Il est difficile, rétrospectivement, de faire cette distinction avec des

documents historiques insuffisants. Cependant il est possible en étudiant après les relations historiques de relever des faits correspondant assez exactement à ceux de nos vésaniques. Pour ces derniers vésaniques il s'agit indubitablement de psychoses caractérisées en dehors de l'hystérie coexistante possible.

Si, dans l'observation directe pour les cas simples, la distinction qui nous occupe est aisée, il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en face de cas complexes, d'hybrides combinant les psychoses plus ou moins dégénératives, à un fond mental hystérique.

Dans ces cas, on pourrait objecter que les troubles psychomoteurs, par exemple, relèvent de l'hystérie seule, mais, pour cela, il faudrait démontrer qu'ils n'existent pas en dehors d'elle ; or le contraire paraît établi.

D'ailleurs l'hystérie n'exclut pas les psychoses systématisées chez le même malade. Pouvant se développer sur un fond mental dégénératif, celles-ci peuvent coexister avec cette névrose qui n'est qu'une forme de dégénérescence.

Ainsi que le dit Brodie, « l'hystérie doit être considérée comme une *affection dynamique*. Il y a inhibition, anéantissement, ou perversion des sphères de la volition ; ce ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, c'est la volonté elle-même qui n'entre pas en jeu. » (Gilles de la Tourette, p. 26. Briquet, p. 23.)

Si l'on compare à ce point de vue les malades à délire mystique systématisé avec les hystériques, on remarque, entre eux, une analogie; au début, souvent, la ressemblance commune avec les mélancoliques hypocondriaques, et, d'une façon générale, les perturbations presque constantes de la motilité volontaire.

Il n'y a, d'ailleurs, rien qui doive étonner dans ces points de contact entre l'hystérie et les psychoses ; c'est par ce côté que la neuropathologie confine à l'aliénation mental ; il s'agit là, certainement, de phénomènes identiques comme *localisation*, la question de leur nature exacte et distincte, étant mise à part.

Congénitaux. — Chez l'idiot et l'imbécile, les idées religieuses qui parfois les préoccupent, ne présentent pas un caractère assez actif pour mériter le nom de délire religieux.

Le plus souvent, leurs pratiques de dévotion, ne sont qu'imitées ou commandées; comprenant, d'ailleurs mal, ce qu'ils entendent, ils agissent de travers et sans bien se rendre compte de ce qu'ils font, ils se livrent alors à des extravagances religieuses entachées de niaiserie et d'absurdité. A un niveau moins inférieur de développement intellectuel, les débiles sont encore d'une extrême crédulité. « Ils sont la proie des sorciers, des magnétiseurs, des diseurs de bonne aventure.... les croyances religieuses s'implantant chez eux, très facilement[1]. »

Un malade de ce genre que nous avons cité avec M. Vallon[2], a présenté un première bouffée délirante en 1882 à l'âge de vingt-six ans, la contagion s'étendit en même temps à cinq autres membres de sa famille (le père et la mère, un frère et deux sœurs). Cette petite épidémie de démonopathie fit alors l'objet de deux études détaillées, l'une insérée au numéro de juillet 1882 dans les *Annales*, due à MM. Reverchon et Pagès, l'autre publiée par M. Lapointe.

Nous avons nous-mêmes suivi celui d'entre ces malades dont les troubles mentaux ont persisté. Il figure au rapport de 1891 sur l'asile de La Rochegandon : « Le nommé L. P..., dit M. le docteur Friese, est entré pour la sixième fois, après être sorti il y a à peine trois mois; c'est un dégénéré héréditaire, qui depuis des années présente un enchaînement ininterrompu de périodes de dépression mélancolique puis d'excitation maniaque avec des rémittences plus ou moins longues. Les dernières rechutes arrivant à des intervalles de plus en plus rapprochés doivent faire redouter l'incurabilité et la démence prochaine » (p. 22).

On le voit, l'évolution progressive manque ici, il y a bien une psychose chronique mais sans systématisation suffisante; au contraire les accès paroxystiques homologues se ressemblent tous, affectant même début, même marche et terminaison brusque. Pendant l'accès, le malade est dans un état anxieux avec panophobie, il voit le démon dans tous ceux qui l'approchent et s'agite alors d'une façon extraordinaire.

Au début, dans les accès où sa famille a déliré avec lui, le point de départ aurait été une mission prêchée dans le voisi-

[1] Legrain. Thèse Paris, 1886, p. 27.

[2] *Archives de Neurologie*, 1897, n° 15.

nage; puis s'y adjoignirent, les pratiques d'un rebouteur consulté sur leurs malaises, qui prescrivit une décoction de belladone et d'absinthe. Ces six malheureux complètement nus parcouraient la campagne jetant des pierres et cassant des vitres; ils se réunissaient la nuit dans les cimetières, allaient à l'église maltraiter ceux qui s'y trouvaient, ou poursuivaient les gens en pleine campagne, comme les lycanthropes d'antan. Une nuit, ils firent une sorte de sacrifice sabbalique, en simulant l'égorgement d'un bouc sur une peau d'outre.

La terminaison de cette épidémie de délire religieux, est intéressante. Les deux sœurs, hystériques à stigmates, guérirent les premières ainsi que le père et la mère, les deux frères se calmèrent à leur tour et tous sortirent. La vie commune et l'échéance du deuxième accès de notre malade fit reparaître les mêmes accidents non seulement chez lui, mais chez tous. Cette fois, grâce aux conseils du médecin de l'Asile l'isolement fut suivi à la sortie de la dispersion des membres de la famille; les sœurs allèrent à la ville avec le père et la mère, le fils cadet changea de pays; notre malade isolé dès lors délira seul périodiquement; ses accès, où la phase dépressive prédominait tout d'abord, devinrent seulement plus rapprochés avec le temps et marqués par une agitation plus grande.

Les autres membres de la famille, restés depuis indemnes étaient l'élément passif, dans cette folie communiquée; notre malade représentait le chronique qui marque l'épidémie au coin de son délire.

La prédisposition héréditaire commune se manifestant par l'hystérie et aussi par la dégénérescence mentale ordinaire, est assez nette ici pour qu'il ne soit pas besoin d'y insister.

Dans le cas précité les conceptions délirantes sont demeurées frustres, malgré le passage à l'état périodique et chronique; il n'en est pas toujours de même chez les débiles où l'on peut observer un certain degré de systématisation. D'une façon générale le degré de coordination logique et méthodique des conceptions délirantes systématisées paraît en raison inverse de l'état dégénératif congénital. Mais entre les deux types extrêmes on rencontre toute une série d'intermédiaires parmi lesquels se rangent la plupart de nos délirants mystiques systématiques.

L'existence de ces types de transition à antécédents héréditaires plus ou moins nets a d'ailleurs été signalée tant en France qu'à l'étranger, les auteurs mêmes qui opposent aux psychoses des héréditaires des formes de délire pathognonomiques d'un état non dégénératif. C'est ainsi que Greidenberg on l'a vu, admet des paranoïa systématisées progressives, héréditaires, et d'autres non dégénératives.

M. Magnan a décrit de même le délire chronique comme pouvant se développer chez les dégénérés. Nous lui avons emprunté plusieurs observations de cette catégorie.

La durée d'évolution de la psychose paraît en raison inverse des tares; plus celles-ci sont nombreuses, moins le malade résiste en quelque sorte à son délire; et s'attarde à systématiser ses conceptions; aussi sont-elles moins bien coordonnées. La lésion anatomique semble plus étendue dès le début. l'éréthisme atteint à la fois, les sphères sensorielles et motrices au lieu de se propager successivement des unes aux autres; on l'a dit, ces dégénérés sont de « mauvais accumulateurs » (Féré[1]), aussi ne capitalisent-ils pas leurs excitations psycho-sensorielles; ils les transforment plus vite en phénomènes moteurs; leur délire est d'emblée ambitieux, et l'on observe par exemple en même temps la théomanie inspirée et l'obsession démoniaque. De là, le polymorphisme des conceptions morbides religieuses.

D'une façon générale, le degré de coordination logique et méthodique des conceptions délirantes systématisées paraît en raison inverse de l'état dégénératif congénital. Mais entre les deux types extrêmes où remonte toute une série d'intermédiaires parmi lesquels se rangent la plupart de nos délirants mystiques systématiques.

Il n'y a donc pas lieu au point de vue spécial des malades qui nous occupent (mystiques), d'établir une opposition tranchée entre les cas à hérédité psychopathique et ceux où elle manque.

Tout ce qu'on peut dire d'après les faits précités, c'est que les malades chez lesquels se trouve une hérédité accumulée, n'ont que des bouffées polymorphes sans cohésion, ni systématisation réelle, aveec rémittences ou même guérison. Au contraire, ceux à tares héréditaires moins nombreuses coor-

[1] Feré. *Sensation et mouvement.*

donnent plus soigneusement leurs conceptions délirantes et peuvent fournir une psychose d'évolution plus ou moins rapide à phases plus ou moins distinctes. (*A suivre.*)

AVIS A NOS LECTEURS. — *Nous prions instamment nos abonnés qui ne nous ont pas encore fait parvenir le montant de leur réabonnement de bien vouloir le faire sans retard. Nous leur rappelons que nous sommes à leur disposition pour compléter leurs collections dans les conditions les plus avantageuses.* — *Tout nouvel abonné pourra se procurer la collection complète au prix très réduit de* **120** *francs au lieu de* **380** *francs.* — *A partir du* **1er janvier 1900,** *le prix de la collection sera porté à* **150** *francs.*

PATHOLOGIE MENTALE.

LES PSYCHOSES D'AUTO-INTOXICATION. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES[1];

Par le Dr E. RÉGIS,
Chargé du Cours des maladies mentales à l'Université de Bordeaux.

Arrivé au terme de cette étude si longue, bien qu'encore si incomplète, il nous reste à la résumer dans son ensemble et à préciser, en une brève synthèse, les faits principaux qui s'en dégagent. C'est ce que nous allons maintenant tenter..

Il n'est pas douteux que la doctrine des auto-intoxications trouve dans les maladies mentales une de ses plus importantes applications. Les empoisonnements, d'où qu'ils viennent, quels qu'ils soient, ont une prédilection marquée pour le système nerveux et on s'étonnerait à bon droit que seuls, les poisons internes fassent exception à la règle. *A priori* on

[1] Neuvième et dernier chapitre d'un mémoire qui a obtenu en 1898, le prix Aubanel de la Société médico-psychologique.

est donc forcé d'admettre qu'il y a des psychoses par auto-intoxication.

C'est ce qui explique pourquoi, dès la promulgation retentissante des théories de Bouchard, les recherches se portèrent de ce côté. Bettencourt-Rodrigues et mon élève Chevalier-Lavaure furent les premiers initiateurs, l'un au point de vue clinique, l'autre au point de vue expérimental.

Séduisante d'allures et pleine de promesses scientifiques immédiates, l'*expérimentation* attira d'abord et fut en vogue; mais, exposée à des variations et à des erreurs nombreuses, elle ne donna, malgré des tentatives louables, que des résultats sans grande portée.

C'est ce que démontra le Congrès de La Rochelle qui eut pour effet, nous l'avons vu, de corriger le mouvement commencé et de l'aiguiller désormais dans sa véritable direction. Est-ce à dire pour cela, que l'étude expérimentale de la toxicité des humeurs, chez les aliénés, n'ait rien produit et qu'il faille complètement l'abandonner? Nous ne le pensons pas. Certes, des notions nouvelles fournies jusqu'ici par cette étude il ne reste assurément pas grand'chose d'absolument certain; mais elle a ouvert la voie, ce qui est bien quelque chose, et elle a servi pour ainsi dire d'amorce aux travaux de toute sorte venus depuis.

D'autre part, ce serait tomber d'un excès dans l'autre, si, après avoir abusé de la méthode des injections intra-veineuses et l'avoir outre mesure exaltée, on la laissait maintenant, comme tant d'autres, tomber dans l'oubli. Nous avons dit et nous répétons que, perfectionnée et dégagée de certaines causes d'erreur, telles que la coagulation, elle peut rendre de réels services, mais à la condition de n'être employée qu'à bon escient, de façon suivie, avec toute la rigueur désirable et simplement comme corollaire ou complément de l'observation clinique.

Quant à l'*analyse chimique,* à laquelle on semble davantage revenir, elle a déjà fourni des indications précieuses et elle paraît susceptible d'en fournir de plus précieuses encore. Sans parler des ptomaïnes, dont la recherche est des plus difficiles, il est certain en effet que dans une psychose paraissant due à une auto-intoxication, la présence d'éléments anormaux dans l'urine constitue une sorte de confirmation. Il y a plus, et nous croyons qu'à chacune des grandes formes

d'auto-intoxication correspond pour ainsi dire un chimisme particulier, décelable par l'analyse. Ainsi l'auto-intoxication gastro-intestinale se traduit plus spécialement par des quantités plus ou moins considérables d'indican, d'acétone, d'acides diacétique et β oxybutirique, de tyrosine, de sulfo-conjugués dans l'urine. L'auto-intoxication hépatique se manifeste par l'hémaphéisme, l'urobilinurie, l'épreuve positive de la glycosurie expérimentale, l'albuminurie. L'auto-intoxication rénale, enfin, par la diminution de la quantité d'urine, la présence de cylindres et de tubes, l'albuminurie, l'hémoglobinurie, etc. Ce sont là, pour ainsi dire, autant de formules différentes et spécifiques d'auto-intoxication. L'analyse chimique non seulement nous renseigne donc sur la réalité d'un état d'auto-intoxication dans les psychoses, mais encore elle nous révèle, dans bien des cas, la nature de l'auto-intoxication dont il s'agit. Pas n'est besoin d'insister, par conséquent, sur la nécessité, pour les aliénistes, de poursuivre les recherches dans ce sens, et il serait à désirer qu'il y eût dans chaque grand asile, un laboratoire d'analyses chimiques.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire l'*anatomie pathologique* et la *bactériologie* qui n'ont pas donné malgré quelques tentatives heureuses, de résultats définitifs. L'étude du système nerveux central et notamment des lésions des cellules dans les infections et les auto-intoxications est cependant poussée activement depuis quelques années, et on connaît déjà, grâce à certaines méthodes perfectionnées, quelques-unes des fines altérations des éléments nerveux réalisés dans les cérébropathies toxhémiques [1].

C'est encore la *clinique* qui constitue ici l'élément d'étude le plus important et le plus fructueux.

On a vu comment, tout d'abord, la clinique fut négligée pour l'expérimentation et comment les premières recherches portèrent presque toutes sur la détermination de la toxicité urinaire des aliénés. Or, la clinique ne tarda pas à prendre sa revanche et tandis que l'expérimentation, ayant tenu moins qu'elle n'avait promis, passait au second plan, la clinique, elle, s'élevait d'emblée au premier en raison des résultats immédiats et inattendus qu'elle apporta. C'est certainement une des particularités les plus intéressantes et les

[1] Ballet. *Lésions corticales et médullaires dans la psychose polynévritique (La Presse médicale*, 1898, n° 20).

plus piquantes de l'histoire des auto-intoxications dans les maladies mentales que la concordance absolue de toutes les données fournies par l'observation en face de la variabilité des résultats des méthodes expérimentales. Jamais peut-être il n'y avait eu sur un point de la médecine une telle unanimité d'opinion au point de vue nosologique.

Il résulte en effet de tous les travaux, sans exception, qui ont paru sur la matière, que les psychoses des auto-intoxications ont une *symptomatologie* particulière et un *type caractéristique*. Nous allons essayer, sous une forme concise, de les mettre en lumière l'un et l'autre.

A. Symptomatologie.

Les psychoses d'auto-intoxication ont, disons-nous, une symptomatologie particulière. Nous ne voulons pas dire par là que tous les symptômes qui les composent n'appartiennent qu'à elles, mais bien que certains de leurs symptômes ne se retrouvent pas habituellement ainsi dans les vésanies.

Symptômes physiques. — Un des symptômes physiques qui frappent le plus, par sa fréquence et son importance, dans les psychoses d'auto-intoxication, c'est la *céphalalgie*. On peut assurément observer la céphalalgie dans l'aliénation mentale proprement dite, mais elle y est relativement rare et s'y présente plutôt sous la forme de sensations subjectives variées, traduites par les sujets dans le langage le plus imagé.

Dans les psychoses d'auto-intoxication, au contraire, la vraie céphalalgie est pour ainsi dire la règle. Très souvent elle ouvre la scène, se prolonge dans le cours de l'accès, arrachant parfois des plaintes ou des gestes de souffrance aux malades jusque dans leur inconscience, et persiste d'habitude plus ou moins longtemps après la guérison, à la façon de ces résidus, de ces reliquats céphalalgiques qu'on observe si souvent durant des années après les infections, la fièvre typhoïde et la grippe, par exemple. Cette céphalalgie est intense, pénible, gravative, si violente dans certains cas que ce sont ses paroxysmes mêmes qui paraissent créer le délire et en tout cas le précédent immédiatement.

C'est là, à notre avis, un signe de la plus haute valeur et qui, à lui seul, lorsqu'il se présente avec des caractères bien nets au début ou dans le cours d'un délire, doit éveiller

l'attention sur la possibilité d'un état toxique, en particulier d'une infection, ou d'une auto-intoxication gastro-intestinale ou rénale. Il s'y joint parfois d'autres phénomènes douloureux de névralgies ou de névrites. A côté de la céphalalgie, nous devons signaler l'*insomnie* qui est également un signe de début à peu près constant.

Un autre symptôme physique moins fréquent, sans doute, mais cependant assez significatif, lui aussi, est constitué par l'existence d'*attaques*, avec ou sans convulsions. Ces attaques peuvent présenter tous les degrés et tous les types, en particulier le type hystérique, épileptique, comateux, et survenir à toutes les périodes de la maladie. Nous avons noté, on l'a vu, dans une de nos observations personnelles, une attaque d'aphasie transitoire.

De ces attaques, on peut rapprocher certaines raideurs musculaires, des spasmes, des contractures, des accidents tétaniques et catatoniques, et surtout des *attitudes cataleptoïdes*, plus spéciales à l'auto-intoxication rénale.

L'*inégalité pupillaire*, avec état variable des réflexes lumineux et accommodatif, s'observe souvent dans les psychoses d'auto-intoxication. Elle y offre cette particularité curieuse, indiquée par Chaslin, par Séglas et par moi-même, qu'elle est très changeante et se modifie d'un jour à l'autre et jusque dans la même journée. Il en est de même des autres *réflexes* tendineux et cutanés, très variables, mais plus souvent exagérés.

Un symptôme assez caractéristique est le *tremblement*, sorte de trémulation générale, analogue à celle de l'alcoolisme, et provoquant du côté des mains et de l'écriture, du côté des lèvres, de la langue et de la *parole*, des phénomènes ataxiformes qui rappellent de plus ou moins près la paralysie générale.

Signalons enfin : les *troubles gastro-intestinaux* (état saburral, inappétence, constipation, fétidité de l'haleine et des matières fécales), les *troubles circulatoires* (altérations du cœur et du pouls, cyanose et refroidissement des extrémités), les *troubles des sécrétions* et *des excrétions* (anhydrose, hyperhydrose, sialorrhée, polyurie, anurie), l'*aspect général* (teint terreux et blafard, subictère, apparence typhique), l'*amaigrissement*, la *dénutrition*, la *peau chaude*, sèche ou visqueuse, la *dépression* ou au contraire l'*agitation*

avec mouvements coordonnés d'actions imaginaires, souvent professionnelles, enfin l'*hyperthermie* ou, par une sorte de contraste avec l'acuité de l'état, l'*hypothermie*, surtout dans l'insuffisance hépatique.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des signes tirés de l'analyse chimique des humeurs, souvent, comme nous l'avons vu, tout à fait probante.

Symptômes psychiques. — Les symptômes psychiques plus spéciaux aux psychoses d'auto-intoxication et qui leur donnent une physionomie à part, sont essentiellement : la *torpeur*, la *confusion*, l'*amnésie*, l'*onirisme hallucinatoire*.

La *torpeur* est très fréquente; dans certains cas, à elle seule elle est caractéristique. Du jour au lendemain on voit des individus, jusque-là d'une intelligence active, alerte et vive, s'alourdir tout à coup et demeurer plongés sans étonnement, avec indifférence, dans l'inaction cérébrale la plus complète. Très souvent cette torpeur va jusqu'à l'*hébétude*, la *stupeur*, la *stupidité*, c'est-à-dire jusqu'à la suspension des opérations mentales. D'autres fois, comme des vieillards sénilisés, les malades somnolent à tout instant, dans un vague assoupissement, ou sont pris d'un besoin irrésistible et continu de *sommeil*[1]. On dirait — et cela doit être — qu'ils sont sous l'influence d'une narcose toxique.

Avec la torpeur cérébrale, existe un état particulier des facultés qu'on ne peut mieux désigner que sous le nom d'*obtusion* ou de *confusion*. Qu'il s'agisse de souvenirs, d'appréciations de sensations, de questions à saisir, d'idées à exprimer, tout est diffus, dissocié, incoordonné : on dirait que l'intelligence est très affaiblie, parfois même abolie. Les sujets expriment les plus grosses absurdités, ils ne reconnaissent plus leur milieu, leur entourage, ne peuvent fournir aucun renseignement. Et cependant, au milieu de cette incohérence et de ce néant, on est tout surpris de voir apparaitre des lueurs d'esprit; derrière ces épais nuages, on s'aperçoit que l'intelligence, simplement obnubilée, existe encore. Elle n'est pas éteinte, elle est comme lointaine, comme absente.

Un des signes les plus caractéristiques de cette obnubilation

[1] Régis et Gaide. *Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème.* (*La Presse médicale*, 1er octobre 1898.)

est l'*amnésie*. Cette amnésie, en effet, est toute spéciale. Ce n'est pas la diminution de la mémoire classique, celle des démences simples et vésaniques, qui débute par de légères défaillances et qui s'étend progressivement à toutes les acquisitions, suivant un ordre déterminé. Ce n'est pas non plus l'amnésie des ictus cérébraux, incomplète et plus ou moins systématique. C'est un mélange de souvenirs exacts, précis, délicats, et d'oublis absurdes, extravagants, poussés au comble. Le malade aura parlé correctement, sans erreur, de faits passés; en même temps, il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire, demande un objet qu'il tient dans la main, veut dîner quant il sort de table, être couché quand il est au lit, etc. Si on lui signale sa méprise, il accepte la rectification, mais peu d'instants après il y revient et ainsi de suite plusieurs fois, sans se rendre compte. Il y a là, comme on le voit, un état à part, qui n'est pas seulement la perte de mémoire des événements anciens ou récents, comme dans les démences, mais une véritable *amnésie rétrograde* et surtout *antérograde* ou *actuelle*, c'est-à-dire portant sur les choses du moment et se rapprochant de celle analogue des traumatismes ou des névroses. On la trouve plus particulièrement marquée dans certaines intoxications, notamment dans la psychose polynévritique, où elle a été signalée par Korsakoff et Charcot et dans la psychose éclamptique [1].

Une autre particularité des psychoses d'auto-intoxication au point de vue de l'amnésie, c'est que *le souvenir de l'accès est très souvent plus ou moins complètement perdu après la guérison*. On sait que dans les vésanies pures il n'en est pas généralement ainsi et que les malades, une fois revenus à la raison, se rappellent parfois avec une lucidité merveilleuse et jusque dans leurs moindres détails, les diverses péripéties de la crise. Il est rare au contraire, qu'au sortir d'un délire d'auto-intoxication, le sujet en ait la notion pleine et entière; ou il y a du vague, des lacunes, ou l'amnésie est absolue. Telle, pour n'en citer qu'un seul exemple, cette femme d'une de nos observations personnelles qui, après plusieurs mois d'une psychose post-infectieuse grave, ne se souvient plus

[1] E. Régis. *La Psychose éclamptique*, leçon recueillie par le Dr Gibert (*Revue mensuelle de chirurgie, de gynécologie et de pédiâtrie de Bordeaux*, 1899).

des hôpitaux où elle a passé, des médecins qui l'ont traitée, ni même d'avoir été malade et croit simplement avoir été enceinte et avoir accouché.

A côté de cette amnésie générale, portant sur l'ensemble des souvenirs présents ou récents, j'ai noté chez une malade que je suis actuellement et qui est convalescente d'un délire post-éclamptique, une amnésie des mots absolument telle qu'on l'observe dans l'amnésie verbale ou aphasie amnésique d'origine organique[1]. La malade se souvient assez bien de tout et elle connaît tous les objets, mais elle ne peut dire le nom de la plupart, à moins qu'ils ne lui viennent spontanément. Si on les lui indique, elle les oublie aussitôt.

Le dernier des principaux symptômes psychiques des psychoses d'auto-intoxication est ce que nous appelons l'*onirisme*. A vrai dire, il s'agit plutôt d'un état que d'un symptôme.

Nous entendons par onirisme un état d'*automatisme cérébral analogue au rêve, mais à un rêve extériorisé*. Cet onirisme peut être *nocturne* et il consiste alors en troubles du sommeil : rêves, cauchemars, illusions et hallucinations, surtout de la vue, mobiles, changeantes, professionnelles ou terrifiantes, excitation, délire. C'est un premier degré, dans lequel les phénomènes morbides n'apparaissent que le soir, pour disparaître chaque fois au réveil.

A un degré plus marqué, l'onirisme se prolonge dans la *journée* et se mêle, en proportions variables, à la réalité éveillée, qu'il domine complètement, dans certains cas. Il y a là comme une sorte de dédoublement, comme deux vies coexistantes et accolées : la *vie onirique, somnambulique* ou *subconsciente* et la *vie normale*. Et ce qui le prouve, c'est que, *à un degré léger*, le *sujet passe alternativement d'un état à l'autre suivant qu'il ouvre ou ferme les yeux;* c'est qu'aussi, *à un degré plus marqué* et sauf les cas où l'agitation ou la stupeur sont trop intenses, *on peut le plus souvent, par une brusque interpellation, par une secousse énergique, le faire sortir de son onirisme et le ramener à la réalité. Mais ce retour ne dure qu'un instant; comme dominé par un sommeil irrésistible ou sous le coup d'un narcotique qui le stupéfie, le malade retombe, aussitôt abandonné à lui-même, dans son rêve.*

[1] A. Pitres. *Leçons sur l'Aphasie amnésique* (*Progrès médical*, 1898).

Voilà ce que nous entendons par onirisme et voilà ce qui s'observe, au plus haut point, dans les psychoses autotoxiques.

Il va sans dire que dans ces conditions, on ne rencontre guère, dans ces psychoses, de *délire caractérisé*. Les conceptions sont celles que créent les rêves, les cauchemars, les illusions, les hallucinations; par suite, elles sont essentiellement mobiles, variables, contradictoires, entremêlées, et on peut y trouver simultanément ou séparément, des idées ambitieuses, de persécution, de culpabilité, de ruine, etc., avec cependant une note mélancolique prédominante. Parfois, et cela a lieu surtout lorsque le rêve constitue un thème suivi, stéréotypé, il y a nécessairement, comme conséquence, délire systématisé, circonscrit, limité dans certains cas à quelque *idée fixe* qu'on a vu, dans ces conditions, persister après la guérison, comme persiste chez les hystériques une idée fixe isolée, produit d'une suggestion hypnotique ou d'un rêve. C'est une sorte de *paranoïa secondaire* à l'onirisme délirant.

B. Type clinique des psychoses d'auto-intoxication.

Il va nous être facile, maintenant, de dégager le type clinique des psychoses d'auto-intoxication. Devant l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer, personne ne saurait contester, en effet, qu'il s'agit là de *confusion mentale*. La chose est tellement frappante qu'aucun des auteurs qui se sont occupés de la question n'a hésité. Partout et toujours, ils ont conclu de même que les psychoses auto-toxiques se présentaient sous forme de confusion mentale. Les diverses descriptions que nous avons données dans le cours de notre travail et les observations qui les accompagnent ne peuvent non plus, laisser de doute à cet égard.

Nous n'avons pas à refaire ici la description de la confusion mentale qui a été magistralement tracée par M. Chaslin, son rénovateur en France, aidé surtout de M. Séglas. Il y aurait peut-être des réserves à faire au sujet de la division, purement provisoire d'ailleurs, des confusions mentales en *primitives idiopathiques*, *primitives symptomatiques* et *secondaires*. Mais ce n'est là qu'une question purement théorique. Ce qui importe, c'est que la psychose des auto-intoxications répond trait pour trait au tableau de la confusion mentale

donné par Chaslin. La confusion mentale est donc le type clinique des psychoses d'auto-intoxication.

Ce type lui est-il exclusif, c'est-à-dire la confusion mentale n'appartient-elle qu'à l'intoxication? est-elle, comme on dit aujourd'hui, *fonction* d'intoxication? Le fait n'est pas encore établi, mais pour ma part, je le considère comme probable et je crois qu'on arrivera à le démontrer dans l'avenir. Ce qui semblerait indiquer qu'il en est bien ainsi, c'est que, lorsque l'auto-intoxication survient dans le cours d'une psychose déjà établie, elle a pour effet, ainsi que nous l'avons vu, d'adjoindre à la symptomatologie existante un élément nouveau, qui est précisément l'élément *confusion*. C'est assurément là un argument probant.

Il va de soi, d'après cela, et c'est ce qui résulte de l'ensemble de notre travail, que la confusion mentale peut affecter, dans les psychoses auto-toxiques, une quelconque de ses variétés. Bien que l'accord ne soit pas absolument fait encore sur la détermination de ces variétés, incomplètement isolées, on peut cependant reconnaître : 1° une *confusion mentale simple* ou *asthénique;* 2° une *confusion mentale aiguë* et *subaiguë;* 3° une *confusion mentale* avec *stupeur* ou *stupidité aiguë;* 4° une *confusion mentale suraiguë*, *méningitique*, ou *délire aigu*, *typhomanie;* 5° enfin, si l'on veut, une *confusion mentale pseudo-paralytique.*

Toutes ces variétés, quelles qu'elles soient, sont susceptibles d'être observées dans chaque forme d'auto-intoxication. Il semble néanmoins, que les confusions mentales du *délire aigu* se rencontrent plus souvent dans les *auto-intoxications gastro-intestinales* et les confusions mentales de la *stupeur* dans les *auto-intoxications hépatiques* et *rénales.* Mais il n'y a là, en réalité, qu'une différence du plus au moins.

Nous venons d'établir que la forme clinique des psychoses d'auto-intoxication est la confusion mentale. Nous voudrions montrer maintenant, les *analogies* qui existent entre les *psychoses d'intoxications externes* ou *endogènes* et les *psychoses d'intoxications externes* ou *exogènes,* dont le type est l'*alcoolisme.*

Cette démonstration ne nous arrêtera pas longtemps, car la similitude saute aux yeux. Nous avons, comme le dit Chaslin dans son livre, constamment insisté sur ce point dans notre Rapport au congrès de La Rochelle. Legrain, Jacobson

et beaucoup d'autres ont fait de même. Et déjà Delasiauve, quand en 1851 il décrivait la confusion mentale stupide, sans se douter que de longues années après on en ferait une psychose toxique, la rapprochait du délire alcoolique.

Nous nous bornerons à rappeler que dans les auto-intoxications on trouve la *même symptomatologie* et les *mêmes formes morbides* que dans l'alcoolisme, depuis le tremblement, le rêve, le cauchemar, l'hallucination visuelle terrifiante, le délire professionnel, jusqu'aux psychoses subaiguës, stupides, démentes, jusqu'au délire aigu et à la pseudo-paralysie générale. C'est absolument le même tableau clinique. Nous arrivons donc déjà à cette première conclusion que les délires d'intoxication interne et les délires d'intoxication externe sont similaires et que, par suite, la confusion mentale est le type de tous les délires toxiques, quels qu'ils soient.

Il nous reste maintenant à prouver que ce type a pour caractéristique d'être *un état de rêve ou onirique*. Cette opinion, qui s'était pour ainsi dire imposée à nous dès les premiers faits observés, nous l'avons formulée de la façon la plus nette au congrès de Clermont en 1894, à propos de la discussion sur les rapports de l'hystérie et de la folie. Voici le passage, que nous demandons la permission de reproduire.

« ..... M. Ballet aurait peut-être pu insister non seulement sur le délire des hystériques, sorte de rêve, mais aussi sur certaines de leurs hallucinations essentiellement visuelles, variables parfois avec la position des paupières, surtout nocturnes, *oniriques* comme je les appelle et dont j'aurai occasion de reparler dans une prochaine communication.

« Mais l'hystérique n'a pas la spécialité de ces délires et de ces hallucinations. On les retrouve dans les intoxications, notamment dans l'alcoolisme, dont Lasègue a pu dire depuis déjà longtemps : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve » ; on les retrouve également dans les autointoxications et dans les infections. Je poursuis actuellement et depuis longtemps l'étude clinique du *délire* dit *fébrile* ou *infectieux*, dont l'observation a échappé dans une certaine mesure à l'attention des aliénistes, en raison du milieu hospitalier où il évolue et, ce qui m'a frappé le plus, jusqu'à ce jour, c'est que ce délire est une sorte de rêve allant, suivant

son degré d'intensité, depuis le rêve immobile et muet, jusqu'au rêve d'action, en passant par le rêve simplement parlé. Ecoutez et regardez attentivement un malade qui délire sous l'influence de la fièvre typhoïde, du typhus, de l'érysipèle, de l'influenza, etc., et vous croirez assister à un rêve porté à son maximum. Comme le rêveur hypnagogique, ce malade, si gravement atteint qu'il soit, fait entrer la réalité ambiante dans sa conception hallucinatoire, et si vous le secouez ou si vous lui adressez une brusque interpellation, il revient à lui, vous répond correctement, puis retombe aussitôt dans sa fantasmagorie, absolument comme le rêveur qu'on arrache à son sommeil ou l'alcoolique à son délire,

« Or, tous ces états, remarquons-le, sont des empoisonnements par des voies différentes, de l'organisme, de ces états dont l'histo-chimie, comme disait notre président, M. Pierret, donnera peut-être un jour la formule pathogénique exacte. Il semblerait donc — et j'appelle l'attention sur ce point — que le délire de rêve ou *délire onirique* soit comme la caractéristique des intoxications, d'où qu'elles viennent, et que, par ce côté-là encore, l'hystérie puisse être considérée comme une intoxication, ainsi que certains auteurs, et tout récemment encore M. Grasset, l'ont soutenu, en s'appuyant sur des considérations d'ordre différent.

« La seule question à se poser serait celle de savoir si ces rêves délirants constituent des sommeils identiques ou non au sommeil ordinaire. Je ne saurais aborder en ce moment ce point si délicat du problème et je me borne à dire que les intoxiqués, les hystériques, les délirants fébriles, paraissent avoir des rêves de caractères spéciaux, en ce sens surtout qu'ils appartiennent à des sommeils incomplets, hypnagogiques, où la persistance d'action de l'automatisme mental et somatique est des plus remarquables. Et il serait intéressant à ce point de vue de rechercher si, comme cela existait chez l'hystérique de M. Pitres, le souvenir des rêves délirants des alcooliques et des infectieux peut être perdu à l'état de veille et recouvré dans le sommeil ordinaire ou le sommeil hypnotique[1]. »

Depuis cette époque, toutes nos recherches et toutes nos observations n'ont fait que confirmer et préciser cette manière

[1] E. Régis. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Clermont-Ferrand, 1894 (*Compte rendu de la Tribune médicale*).

de voir. Nous l'avons exposée tout à fait en détail dans nos leçons cliniques de 1895-1896 sur *les délires toxiques et infectieux* et aussi dans la thèse de l'un de nos élèves, le Dr A. Pichon. (*Contribution à l'étude des délires oniriques ou délires de rêve. Délires infectieux et toxiques.* Thèse de Bordeaux 1896.) Voici les conclusions de ce travail qui résument notre pensée :

« 1° Les symptômes psychiques des délires infectieux et des délires toxiques sont identiques; ils présentent les caractères de l'*état de rêve.*

a) Le délire est d'abord et surtout nocturne; il se manifeste principalement dans les périodes hypnagogiques, et se prolonge dans le sommeil ou après le réveil.

b) Il est formé par rappel d'images ou de souvenirs antérieurs.

Il y a intervention de la réalité ambiante dans le délire.

c) Il présente des hallucinations surtout visuelles : elles sont généralement terrifiantes.

d) Il se compose de scènes de rêve, mobiles, variées, mais suivies.

e) Le malade est acteur, il est comme dans un *rêve somnambulique.*

f) Le délire peut être suspendu par une intervention extérieure.

g) Le malade perd la notion de temps.

h) La guérison est fréquemment suivie d'amnésie, portant sur la totalité ou une partie du délire.

Ces délires sont donc des *délires oniriques ou délires de rêve.*

2° L'identité des délires infecteux et des délires toxiques est un argument de plus et un argument puissant en faveur de l'origine toxique du délire infectieux.

Il est donc permis de supposer que tous les délires oniriques sont dus à une intoxication. »

Ainsi, pour nous, *le délire des infections et des auto-intoxications est un délire de rêve.* Les simples conclusions précédentes, qui rappellent ses principaux caractères le prouvent, sans qu'il soit nécessaire, comme nous l'avons fait

ailleurs, de nous étendre longuement sur chacun des points de cette démonstration. Mais il y a plus : Notre opinion est qu'il ne s'agit pas là d'un rêve ordinaire, tel qu'on l'observe dans le sommeil normal, mais d'un rêve pathologique, somnambulique, d'une sorte d'état second, analogue à celui de l'hypnose. C'est pourquoi, dès 1894, nous nous étions demandé, on l'a vu, s'il ne serait pas possible d'arriver à hypnotiser les malades atteints de psychoses infectieuses ou auto-toxiques et, en cas de succès, si ces malades ne recouvreraient pas, dans le sommeil artificiel, le souvenir perdu de leur délire.

Mettant cette idée à exécution, nous avons été assez heureux, dans quelques cas, notamment dans celui rapporté au chapitre des psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale, pour mettre les sujets en état d'hypnose et conformément à nos espérances, chaque fois le souvenir perdu de l'accès reparaissait dans l'état hypnotique, pour disparaître à nouveau au réveil. Nous avons pu ainsi endormir un homme, qui n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie, presque jusqu'aux phases ultimes de sa maladie ; et alors que déjà il ne répondait plus, dans l'état délirant, à aucune question, tellement son obtusion était extrême, dans l'état hypnotique, plus actif et plus éveillé, s'il est permis de s'exprimer d'une façon aussi paradoxale, il parlait sans difficulté et racontait qu'il avait rêvé que son ami Octave le trompait avec sa femme, ce qui le désolait. Maintes fois nos élèves ont assisté à ces expériences, bien faites, on le comprend, pour les intéresser.

Un autre malade, alcoolique avec poussées d'auto-intoxication hépatique, était pris, à chaque accès, de rêve délirant de jalousie avec hallucinations visuelles. Une nuit, il se précipita sur sa femme avec une telle violence que son fils, en le maintenant, lui foula un doigt de la main droite. La crise passée, cet homme ne sachant d'où lui venait sa contusion, racontait de bonne foi qu'il avait été victime d'un accident professionnel. Mis en état d'hypnose, il se rappela tout ce qui s'était passé. Et depuis dix-huit mois, on peut ainsi à volonté provoquer de sa part l'une ou l'autre version, suivant qu'il est éveillé ou endormi.

C'est là une preuve en faveur de la nature somnambulique du délire auto-toxique et de sa similitude avec le somnam-

bulisme hypnotique. J'ai eu, d'ailleurs, une preuve plus topique encore de cette similitude chez un ancien paludéen non buveur qui, à chaque retour de ses accès, faisait un rêve délirant où il revivait les scènes de la campagne de Tunisie dans laquelle il avait contracté ses fièvres. L'ayant endormi, il tomba spontanément dans le même rêve et, tout d'un coup, se mit à nous parler comme si nous étions ses camarades et les officiers de son régiment, au milieu d'un combat. L'hypnose avait déterminé chez lui exactement le même rêve d'action que l'accès de paludisme.

Chez quelques autres malades, atteints de fièvre typhoïde et de typhus exanthématique avec délire, car pendant longtemps nous nous sommes astreint à observer tous les cas de ce genre à l'hôpital Saint-André, comme à l'hôpital d'isolement de Pellegrin, nous avons pu faire cesser ou faire revenir le délire à volonté en leur ouvrant les yeux ou en les fermant. Un typhique entre autres, placé dans le service de notre ami le professeur Arnozan, et très agité la nuit, revenait à lui le jour, mais à la condition d'avoir les yeux ouverts ; dès qu'il les fermait il s'assoupissait, et se croyait dans sa maison, occupé à son travail. Il nous fut facile, chez cet individu, de provoquer artificiellement ces deux états et nous le faisions passer ainsi successivement et rapidement de la vie consciente ou éveillée à la vie subsconsciente ou onirique, de la raison au délire, absolument comme on le fait chez les hystériques hypnotisés.

Je crois donc pouvoir dire que le délire toxi-infectieux n'est autre qu'un état second, un *délire somnambulique*, analogue aux autres états de somnambulisme, spontanés ou provoqués.

De là à essayer la *suggestion* comme procédé thérapeutique, il n'y avait qu'un pas. J'ai cru pouvoir le franchir.

Les faits que j'ai ainsi recueillis ne sont pas encore extrêmement nombreux, mais ils sont probants. A plusieurs reprises, j'ai traité et guéri de la sorte certains malades atteints de délire toxi-infectieux. Il va sans dire que c'est surtout dans la période d'état ou de déclin se prolongeant outre mesure, bien plutôt que dans les phases de début que ce traitement trouve son application. Mes meilleurs succès ont été chez les individus qui, convalescents d'une infection ou d'une auto-intoxication, restaient dominés par des idées

délirantes isolées et fixes, d'une ténacité extrême et dont aucun raisonnement, aucune évidence, aucune médication ne pouvaient triompher. La suggestion arrivait assez facilement à détruire ces idées délirantes, en même temps qu'elle en démontrait l'origine onirique. Il y a donc là, dans les conditions de réserve et de prudence nécessaires, un traitement rationnel à utiliser.

Certes, nous ne prétendons pas que tous les délirants auto-toxiques soient hypnotisables, il s'en faut. Mais nous pensons que quelques-uns, parmi ceux surtout qui sont atteints de confusion mentale subaiguë avec délire d'action, peuvent être endormis et que chez ceux-là l'amnésie du délire, qui existe habituellement, disparaît dans l'hypnose.

Nous pensons aussi que cet état de rêve existe dans tous les états de confusion mentale, même quand ceux-ci sont trop aigus pour le laisser apparaître, comme le délire aigu et la stupeur et que, par conséquent, *le délire de rêve somnambulique ou onirique constitue la caractéristique des psychoses d'auto-intoxication et par suite de la confusion mentale.*

Cette idée de faire du délire des intoxications un délire de rêve, qui au premier abord peut paraître étrange, n'a rien au fond que de très logique et nous pourrions montrer que de tout temps on a pressenti la vérité à cet égard par la façon dont ont été envisagées la stupidité et la confusion mentale.

Déjà Georget disait en 1820, à propos du *Délire aigu :* « Le malade presque toujours assoupi, somnolent, paraît *rêver* (le mot est souligné par Georget lui-même) quand il fait quelque effort intellectuel. Les délirants une fois guéris, ne se souviennent plus que d'une manière fugace d'un petit nombre de circonstances de leur situation passée [1]. »

Dans les premières descriptions de Delasiauve, on voit poindre çà et là quelques comparaisons, quelques rapprochements avec le rêve. A un moment même, Delasiauve prononce le mot, bien qu'ayant l'air de s'en défendre. « Il est certain, dit-il, que sous l'oppression cérébrale, les *rêves,* qu'on me passe cette expression, ne doivent pas être couleur de roses. L'essentiel est de discerner quand, tristes ou non,

[1] Georget. *De la folie*, p. 238. Paris, 1820.

les perceptions vicieuses appartiennent à un sentiment altéré ou correspondent à une confusion intellectuelle ; or ce dernier cas est celui de la *stupidité*[1]. »

Baillarger, s'il n'est pas d'accord avec Delasiauve sur la nature et la place nosologique de la *stupidité*, dont il fait une variété de *mélancolie*, n'hésite pas à déclarer que *cet état paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'état de rêve.* Et il développe les raisons qui militent en faveur de cette analogie. Nous ne citerons que le passage suivant : « Ce qui me fait insister sur cette analogie de l'état de rêve et de l'état morbide que j'ai décrit, *c'est surtout la manière dont les malades rentrent dans le monde réel au moment de la guérison. C'est véritablement une sorte de réveil, mais un réveil qui se fait lentement.* Rien de plus curieux que de voir l'aliéné reconnaître d'un air étonné tout ce qui l'entoure, ressaisir un à un tous ses souvenirs à mesure qu'il s'éloigne de sa maladie.

« Rien de plus net que la manière dont quelques convalescents caractérisent leur état mental antérieur. *Il me semble*, dit une femme à M. Etoc, *que je sors d'un long assoupissement* (c'est celle qui au milieu d'une infirmerie se croyait dans un désert et voyait autour d'elle des voitures chargées de cercueils) (Obs. VII); la malade qui fait le sujet de la quatrième observation, et qui a si bien rendu compte de son état, me dit *qu'elle ne peut mieux comparer ce qu'elle a éprouvé qu'à un mauvais rêve.*

« Sans doute tous les aliénés ne s'expriment pas aussi nettement que je viens de rappeler ; mais ce qu'ils ne disent pas, on le voit sur leur physionomie étonnée ; on peut le conclure des questions qu'ils font, mais surtout des détails qu'ils donnent sur l'état dont ils sortent. Ils éprouvent, mais plus lentement, ce qu'on éprouve quelquefois lorsqu'on s'éveille en voyage dans un lieu où l'on a couché pour la première fois : on est alors un instant à se reconnaître, à rassembler ses souvenirs, et le réveil complet se fait d'une manière graduelle[2]. »

Toutefois, Baillarger ajoute un correctif à ce rapproche-

[1] Delasiauve. *Du diagnostic différentiel de la lypémanie* (*Annales méd. psychol.*, 1851, t. III).

[2] Baillarger. *De l'état désigné sous le nom de stupidité*, 1843.

ment. Il termine en effet en disant : « Je ne signale ici que les analogies; car à part l'état morbide, il y a entre la stupidité et les rêves des différences nombreuses qu'il est inutile de faire ressortir. »

Sauze, traçant en 1852 les règles du traitement moral des malades atteints de *stupidité aiguë*, au moment où ils sortent un peu de leur confusion, dit à cet égard : « Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou trop peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave : on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, *comme un individu qui pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens*. Quelques-uns nous ont dit qu'*il leur semblait sortir d'un long sommeil*. A ces malades *qui se réveillent*, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première ; c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement [1]. »

Ritti, parlant de la curabilité de la stupeur, même au bout d'un long temps, s'exprime ainsi : « On en a vu *se réveiller*, pour ainsi dire, après cinq, huit et même dix ans, sans pouvoir dire ce qui s'est passé en eux durant ce long *sommeil* [2]. »

Depuis que la *confusion mentale* a été ressuscitée à l'étranger par les Allemands, en France par Chaslin, la plupart des auteurs qui en ont parlé sont revenus sur cette comparaison avec le rêve.

Meynert dit que le mécanisme des stades de confusion des épileptiques et des alcooliques s'explique par *analogie avec le rêve* dans lequel les images les plus frappantes de la

[1] Sauze. *De la stupidité*. Thèse de Paris, 1852.

[2] Ritti. Art. *Mélancolie avec stupeur* du *Dict. encycl. des sciences médicales*.

journée sont remplacées par d'autres appartenant à des époques plus lointaines. La théorie psychologique de Meynert sur la confusion mentale, si ingénieuse et si bien exposée par Chaslin dans son livre, est en quelque sorte, du reste, une théorie onirique. On sait, en effet, que Meynert attribue cet état pathologique à un affaiblissement de l'écorce avec excitation des centres sous-corticaux, d'où résulte le *sommeil du moi conscient avec déchaînement de l'automatisme* [1].

Schüle dit que tout le groupe de la « Wahnsinn » *confine* en grande partie *aux états physiologiques du rêve* [2]. Mayer rapproche l'état de *demi-rêve* qu'on observe chez certains sujets névrosés ou épuisés par une longue maladie du type de l' « amentia transitoire » de Meynert [3].

Kraepelin donne les définitions suivantes des diverses variétés admises par lui des psychoses asthéniques : confusion mentale, délire de collapsus, démence aiguë. Le *délire de collapsus* est un état de confusion profond à développement excessivement rapide, avec trouble des sens *analogue à celui du rêve*, avec idéorrhée, variation de l'émotion et excitation motrice vive. La *démence aiguë* est caractérisée par la paralysie profonde et rapide de toutes les fonctions psychiques les plus élevées. Enfin la *confusion mentale*, pour ainsi dire intermédiaire aux deux autres, *est un état de confusion en forme de rêve* avec perversion par illusion ou hallucination de la perception, état aigu développé par suite de l'atteinte portée par une cause extérieure nuisible [4].

Chaslin, dans son ouvrage [5], bien qu'il n'établisse pas spé-

[1] Les théories histo-psychologiques actuelles sur l'existence dans le cerveau de centres sensitivo-moteurs de projection et de centres psychiques d'association (Flechsig) susceptibles dans certaines conditions déterminées de fonctionner de façon indépendante, les théories également en voie de formulation à l'heure actuelle sur la communication des neurones au moyen de prolongements protoplasmiques qui se rétracteraient dans le sommeil et dans certains états d'intoxication (Pupin, Héger) sont au fond assez analogues à la théorie de Meynert.

[2] Schüle. *Zur Paranoïa-Frage.* (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, t. L.)

[3] Mayer. *Sechzehn Fälle von Halbtraum-Zustände* (*Jahrb. für Psych.*, t. XI, 1892).

[4] Kraepelin. *Psychiatrie*, 1896.

[5] Chaslin. *La Confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

cialement de comparaison entre la confusion mentale et le rêve, paraît rapprocher à diverses reprises ces deux états. Au chapitre de la *Psychologie pathologique*, à propos de la désagrégation mentale des sujets il dit : « A un degré de plus l'incohérence est telle que deux images successives ne paraissent plus avoir de relations entre elles. La suite est facile à prévoir, c'est l'*état de rêve* à tous ses degrés.

Çà et là on trouve encore d'autres allusions. Par exemple : « Lorsque le trouble pathologique est à son plus haut degré, il semble que le malade ait perdu tout rapport avec le monde extérieur et que la pensée soit réduite à son minimum comme dans le *sommeil* (p. 119). » Et encore : « Quelquefois la guérison arrive avec une très grande rapidité et le malade *semblant s'éveiller d'un profond sommeil* s'oriente peu à peu et recouvre l'intégrité de son intelligence. »

M. Séglas a, lui aussi, été frappé du caractère onirique de la confusion mentale et dans maints endroits, notamment dans son article du 17 mars 1897 de la *Presse Médicale* il dit que « son délire ressemble à un rêve ».

Le professeur Francotte, dans un article tout récent, s'exprime ainsi au sujet de ce qu'il appelle le *délire généralisé*, affection qui correspond jusqu'à un certain point, à la *confusion mentale* des Français, à la *Verwirtheit* des Allemands, à l'*Amentia* de Meynert : « ..... L'idéation subit un trouble plus ou moins prononcé parce qu'elle n'est plus dirigée par l'attention consciente, mais en quelque sorte, livrée aux hasards de l'automatisme ; il en résulte, ou bien des discours décousus et sans suite, ou bien, une véritable incohérence, c'est-à-dire que les mots eux-mêmes n'offrent plus entre eux de rapports appréciables ; *le malade est dans un état analogue à celui du rêveur*[1]. »

M. Marandon de Montyel, dans sa Revue générale sur la Confusion mentale primitive et secondaire (*Gazette des Hôpitaux,* novembre-décembre 1897), cherchant à identifier la *lypémanie stupide* de Baillarger et la *confusion mentale*, s'appuie tout particulièrement sur *leur analogie*, reconnue de tous, *avec le rêve.*

Le Dr Marro, dans une récente étude sur les *délires d'origine hypnagogique,* diurnes aussi bien que nocturnes, après

[1] Francotte. *Classification* (*Bull. de la Société de méd. mentale de Belgique*, septembre 1897).

avoir montré par quelques cas frappants que ces délires sont souvent dus au surmenage psychique, au choc moral, au surmenage physique, rappelle que dans ces divers états, il existe une auto-intoxication due à des substances nuisibles fabriquées qui produisent une irritation des centres nerveux, d'où, comme conséquence, le délire[1].

Le Dr Sante de Sanctis enfin, dans sa communication : « Psychoses et Rêves » au congrès de Bruxelles (*Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, 5 et 20 décembre 1897), distingue parmi les états intermédiaires entre la veille consciente et le sommeil complet : les états de *Traümerei*, de *réverie*, états hypnoïdes voisins des états hypnagogiques, se rapprochant du sommeil physiologique et qui peuvent se rencontrer même chez des individus normaux ; les vrais « stati sognanti », « Traumzustände », qui eux sont pathologiques et se *rapprochent du type de l'amentia, de la confusion*, n'ayant avec le *rêve* de l'individu normal que des rapports de ressemblance, basés essentiellement sur des caractères cliniques communs. Et devant ce fait que la notion du « stato sognante », du « Traumzustände » ne se base que sur un rapport de ressemblance entre la folie et le rêve et que ces termes sont vagues, l'auteur se demande s'il ne conviendrait pas d'abandonner cette dénomination qui n'a pour elle que l'excuse d'un usage déjà fort long, pour les remplacer par ceux de confusion mentale, amentia, paranoïa aiguë, qui désignent des états analogues.

Nous avons gardé, pour en parler en dernier lieu et à part, un article publié par le Dr Joanny Roux, ex-interne des hôpitaux de Lyon, dans la *Province médicale* du 22 mai 1897.

Dans cet article, qui a pour exergue ces mots de Pitcains: « Le délire est le songe de ceux qui veillent », notre confrère raconte la très intéressante histoire d'un délire de quatre jours qu'il a eu lui-même, durant un érysipèle grave.

Or, bien placé pour apprécier ce qui s'est passé en lui à ce moment, il montre comment, avec des manifestations extérieures d'agitation et d'apparente incohérence, il s'est agi en réalité chez lui d'un véritable rêve parfaitement coordonné, suivi et qui s'est déroulé logiquement dans toutes ses péripéties, en s'assimilant les êtres et les choses de l'entourage. A

[1] Marro. *Contribution à l'étude des délires d'origine hypmagogique*. *Annalli di freniatria*, 1897, f. 2.)

ce point que, par l'analyse de son propre cas, l'auteur arrive à cette conclusion, but de son travail, que « le délire fébrile peut, dans certains cas, être assimilé à un rêve se produisant à l'état de veille et se mélangeant à des doses diverses à la réalité extérieure », c'est-à-dire exactement à l'opinion que nous avions formulée antérieurement et qu'il n'a connue que depuis.

Il n'est pas possible, croyons-nous, de trouver un argument plus probant.

Nous venons d'établir que le délire des auto-intoxications est un délire de rêve. Mais nous avions déjà montré auparavant, que le délire des auto-intoxications est analogue au délire alcoolique. Il faut donc nécessairement, si ces données sont exactes, que *le délire alcoolique soit, lui aussi, un délire de rêve.*

Nous insisterons peu sur ce point pour cette bonne raison que la démonstration a déjà été faite avant nous par un maître illustre, par Lasègue, dans son article si connu : *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve.* Dans cet article, dont le titre seul est d'une signification si précise, Lasègue prouve que *le délire alcoolique est, chronologiquement et symptomatiquement, la suite d'un rêve.* L'idée de Lasègue est plus ou moins implicitement admise par tous aujourd'hui et Klippel, entre autres, regarde le type de « rêve prolongé » comme caractéristique du délire alcoolique.

Les exemples cliniques abondent ici et nous n'aurions que l'embarras du choix si nous voulions en rapporter. Nous nous bornerons simplement à citer en quelques mots l'histoire de ce malade, venu ces jours derniers à notre consultation de la Faculté en état d'insuffisance hépatique avec ictère et qui nous fit le récit détaillé et curieux d'un accès de délire alcoolique pour lequel il avait été interné l'année précédente. *En apparence, il avait été atteint de manie aiguë, avec incohérence et agitation désordonnée ; en réalité il avait vécu un rêve.* Ayant en effet commencé par mal dormir, après un mois ininterrompu de « noces absinthiques et liquoreuses » (c'est son expression) il rêva, une nuit, qu'il avait volé dans une maison, à Toulouse. Ce rêve, au lieu de se dissiper au matin, persista comme une réalité et à dater de ce moment, devint le point de départ de toute une série de déductions s'y rattachant. Le malade se croyait recherché par la police ; on

l'arrêtait, on le mettait en prison, on le condamnait et, pendant ce temps, son père, déshonoré, se suicidait. Tout cela se déroula successivement, comme une sorte de trame, avec identification complète du malade à son rêve, jusqu'au jour où, déjà moins confus, il sortit de son sommeil et revint à la réalité à l'asile, en face de son père, qu'il croyait mort.

Point important à signaler : le délire proprement dit ne dura qu'une semaine ou deux ; mais pendant *plusieurs mois encore,* le malade, tout à fait lucide le jour, continuait la nuit d'avoir des *rêves,* des cauchemars, des hallucinations caractéristiques. Cela prouve que, si, comme l'a montré Lasègue, on entre dans le délire alcoolique par le rêve, on en sort aussi par le rêve, le délire n'étant entre les deux qu'une sorte de maximum, d'intermédiaire diurne. Cela prouve aussi que si ce qu'on appelle le délire alcoolique est essentiellement transitoire et ne dure que quelques jours, il fait partie d'un tout symptomatique qui persiste pendant des mois et qu'on ne peut en somme déclarer un alcoolique guéri que lorsqu'il a cessé d'avoir non pas seulement de l'onirisme diurne, mais aussi de l'onirisme nocturne.

On nous pardonnera, nous l'espérons, ces longs développements sur le caractère onirique ou de rêve des délires auto-toxiques et toxiques. Nous les avons considérés comme indispensables pour donner une idée aussi exacte que possible de la façon dont nous comprenons, cliniquement, ces délires.

Nous pouvons maintenant, pour finir, être très bref. Le *délire auto-toxique* et, par suite, *la confusion mentale, n'est pas la vésanie, la folie commune.* Des caractères très importants et très tranchés l'en séparent, comme nous l'avons vu. C'est ce qui explique sans doute pourquoi les vraies psychoses d'auto-intoxication ne s'observent généralement pas dans les asiles. Sur un total d'une trentaine de malades de ce genre que j'ai connus, dans ces dernières années, deux seulement furent internés et encore temporairement. La plupart appartiennent à ma consultation de la Faculté ou à ma clientèle de ville. Les cas publiés par les autres auteurs, en particulier par M. Séglas, ont été observés dans les mêmes conditions. On ne reçoit guère, dans les asiles, que des cas dans lesquels l'infection, l'auto-intoxication génératrices de la psychose ont passé inaperçues, ou certains délirants aigus des hôpitaux que leur agitation n'a

pas permis de garder, ou enfin des malades devenus chroniques. Il est certain en effet que lorsque la psychose d'auto-intoxication reste pure, elle peut parcourir son évolution sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'internement.

Cependant, et c'est là un point de clinique intéressant qui mériterait d'être examiné, *les psychoses d'auto-intoxication ont des rapports avec les vésanies*. Sans parler des délires d'auto-intoxication qui peuvent survenir dans le cours de vésanies déjà existantes et dont nous avons dit un mot, on peut avoir affaire encore à deux ordres de cas : ceux où le délire onirique, caractéristique de l'auto-intoxication, s'accompagne d'emblée de symptômes vésaniques ; et ceux, plus fréquents, où le délire d'auto-intoxication au lieu de disparaître après avoir terminé son cours, finit, au bout d'un certain temps, par se modifier et se continue ou se termine par une véritable vésanie, manie, mélancolie ou paranoia secondaire. Ces cas, les derniers surtout, présentent de grandes difficultés en pratique et il est très malaisé de déterminer à quel moment précis un délire auto-toxique cesse d'être lui-même, pour devenir de la folie. J'observe en ce moment un fait de ce genre, celui que j'ai rapporté dans le chapitre des auto-intoxications rénales et j'en suis à me demander à l'heure actuelle si la confusion mentale aiguë du début ne tourne pas chez la malade, à la mélancolie simple avec idées de culpabilité imaginaire. Il est évident que la prédisposition vésanique joue le rôle capital dans cette association, au délire auto-toxique, de la folie.

Diagnostic. — Lorsque le diagnostic entre une psychose auto-toxique et la vésanie pure parait indécis, l'examen somatique, l'analyse chimique des sécrétions et excrétions, l'expérimentation peuvent être utiles et lever tous les doutes. Nous signalerons à cet égard la très ingénieuse initiative récente de M. Taty qui, grâce à l'emploi de la séro-réaction de Widal, a pu, dans un cas, préciser le diagnostic et reconnaître sous le masque d'une mélancolie anxieuse, une forme larvée de la fièvre typhoïde avec confusion mentale hallucinatoire. A noter, dans ce très intéressant travail qui mérite d'être lu, qu'au moment de l'amélioration *il semble au malade qu'il se réveille peu à peu d'un long cauchemar dont il a peine à se tirer*. Il raconte que toutes les personnes qui l'entouraient ou passaient près de lui le regardaient avec des

yeux étranges, qu'on le soupçonnait d'être la cause d'une série de catastrophes, les unes réelles auxquelles il avait assisté auparavant, les autres imaginaires, et il faut lui affirmer avec énergie qu'il n'est pour rien dans les premières et que les secondes *il les a rêvées*[1].

Pronostic. — Nous ne dirons rien du *pronostic* des psychoses auto-toxiques, en ayant déjà parlé à maintes reprises dans le cours de ce travail et nous nous bornerons à rappeler que suivant les cas, ces psychoses peuvent se terminer par la mort, par la guérison, par la chronicité et le passage à la folie. La guérison est cependant la plus fréquente des terminaisons, et elle a lieu souvent même après des mois et plusieurs années.

Traitement. — Quant au *traitement*, il comporte une infinité de points différents et il serait nécessaire de lui consacrer un chapitre entier, ce que nous ne pouvons faire ici.

Bornons-nous à répéter, avec tous les auteurs, que l'indication dominante consiste, nécessairement, à combattre la cause première, c'est-à-dire l'auto-intoxication ou l'infection : d'où l'utilité capitale des purgatifs et des laxatifs répétés, des médicaments anti-toxiques, des lavages de l'estomac, des diurétiques, de la saignée, des injections intraveineuses, surtout dans les phases de début, lorsque l'empoisonnement est à son maximum. En même temps, et suivant les cas, on administre les sédatifs, les bains, les toniques, etc.

Nous avons essayé une fois, chez un malade atteint de confusion mentale aiguë prolongée, *le séjour au lit systématique* préconisé par les étrangers et malgré notre peu de confiance dans ce moyen, qui ne nous paraissait guère applicable en raison de l'agitation, nous avons été surpris de l'heureuse influence qu'il a eue, en entretenant pour ainsi dire le malade dans une vague idée qu'il était atteint de quelque fièvre, en arrêtant la dénutrition, qui se faisait rapidement et en amenant le calme. Nous avons depuis renouvelé cette tentative et nous nous en sommes chaque fois bien trouvé, surtout comme moyen de calmer l'agitation et de préserver l'état général, souvent très précaire dans les cas de ce genre. Nous n'hésitons donc pas à nous joindre à M. Chaslin, à M. Sérieux et aux auteurs étrangers qui préco-

[1] Taty. *Séro-Réaction de Widal dans un cas de Psychose*. (*Lyon médical*, 1897.

nisent le repos au lit systématique dans le traitement de la confusion mentale.

Lorsque les périodes d'agitation aiguë sont passées et que surviennent celles d'asthénie physique et psychique qui vont souvent jusqu'à la cachexie, le traitement doit changer de face et il faut alors s'appliquer à régénérer, à reconstituer l'organisme par un ensemble de moyens appropriés visant à la fois l'hygiène, l'alimentation, les médications internes et externes. Parmi ces dernières, les pratiques hydrothérapiques et électrothérapiques, les frictions, le massage, la gymnastique, les injections de sérum artificiel, l'eau oxygénée, l'opothérapie, les reconstituants du système nerveux, peuvent rendre les plus grands services.

Quant au traitement de l'intelligence en particulier, il offre ici quelque chose de spécial, en raison de la faiblesse mentale dans laquelle se trouvent la plupart des malades au sortir de leur crise et on peut dire que dans aucune autre psychose l'intervention personnelle du médecin n'est plus indiquée et plus efficace. On a vu plus haut les très judicieuses indications formulées déjà autrefois par Sauze à cet égard. Il faut y ajouter tout ce que les progrès des méthodes psychothérapiques nous permet aujourd'hui de réaliser. J'ai déjà dit, et j'insiste sur ce point, parce qu'il a, me semble-t-il, une réelle importance, que dans nombre de cas on pouvait, par la suggestion hypnotique, faire disparaître l'amnésie et les idées délirantes consécutives à l'accès et activer ainsi la guérison.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XVI. Sur les phénomènes de réparation dans les centres nerveux, après la section des nerfs périphériques; par M. G. Marinesco. (*Presse médicale*, 5 octobre.)

A la phase de réaction à distance, qui se produit, à la suite de la section d'un nerf périphérique, dans les cellules où il prend son origine, succède une phase de réparation. Celle-ci a été étu-

diée en détail par M. Marinesco sur les cellules du noyau de l'hypoglosse de lapins, sacrifiés, au bout d'un nombre de jours variant entre vingt-quatre et cent onze, après la section de ce nerf. Les phénomènes de réparation sont déjà manifestes au bout de vingt-quatre jours, alors que la réunion des deux bouts du nerf commence à se faire ; ils s'accentuent progressivement et atteignent leur maximum au bout de cent jours, période à laquelle s'effectue le retour à l'état normal. Ils se manifestent tout d'abord par la coloration foncée du corps cellulaire et par l'augmentation de volume des cellules ; l'aspect foncé de la cellule tient à la densité et à l'augmentation de volume des éléments chromatophiles ; il se produit une néoformation de granulations chromatiques, siégeant le plus souvent autour du noyau, que celui-ci soit central ou excentrique. Les éléments chromatiques deviennent ensuite encore plus abondants et plus réguliers comme dimensions et comme topographie. L'hypertrophie cellulaire est à son maximum au quatre-vingt-dixième jour (cellules géantes) ; après le centième jour, la cellule diminue progressivement de volume. Contrairement à l'opinion généralement admise, l'auteur a constaté que les modifications cellulaires dues au processus de réparation portent, non seulement sur la substance chromatique, mais encore sur la substance achromatique. Les mailles du réseau formé par le spongio-plasma se dilatent, probablement à cause de la grande quantité de substance chromatique qu'elles doivent loger ; plus tard, elles reviennent insensiblement à leurs dimensions primitives. Ces constatations établissent qne l'extensibilité et la rétractilité du spongio-plasma sont les agents du changement de volume de la cellule nerveuse. La réparation se fait, d'une façon générale, d'autant plus rapidement que l'animal est plus jeune ; elle varie aussi suivant l'espèce de l'animal. Enfin, elle est influencée par la précocité plus ou moins grande de la réunion des deux bouts du nerf sectionné ; la régénérescence des nerfs périphériques est la fonction de la réparation cellulaire, et celle-ci dépend de la première.

Il est démontré que les neurones sensitifs réagissent, à la suite de la section de leurs prolongements périphériques, de la même façon que les neurones moteurs (chromatolyse, migration du noyau, tuméfaction du corps cellulaire). Mais, tandis que Van Gehuchten admet que ces éléments subissent, après la phase de réaction, une phase de destruction ou de dégénérescence aboutissant à la disparition des cellules profondément altérées, M. Marinesco s'appuyant sur les résultats d'expériences pratiquées par lui sur le pneumogastrique du chien et du lapin, soutient que les neurones sensitifs, comme les neurones moteurs, ont des tendances naturelles à réparer leurs lésions ; toutefois, le processus de réparation est plus lent et plus pénible dans les neurones sensitifs.

A. Fenayrou.

XVII. **Etude microscopique de la moelle dans deux cas de Mal de Pott**; par William G. Spiller, *professeur de Pathologie nerveuse à la polyclinique de Philadelphie.* (*Bulletin de l'hôpital de John Hopkins*, juin 1896.)

L'auteur présente des préparations de moelle de deux sujets morts du mal de Pott. Dans le premier cas la moelle a été peu comprimée par la vertèbre déplacée, dans le second cas la compression était grande et due au déplacement de la vertèbre et à un abcès tuberculeux intra-duremérien. Des considérations sur le traitement du mal de Pott font suite à l'exposé des lésions, et six photographies de préparation de la moelle accompagnent ce travail.

XVIII. **Le réflexe viril ou bulbo-caverneux**; par le Dr Hughes.

En mai 1890, Onanoff avait communiqué à la *Société de Biologie* un travail établissant l'existence à l'état normal d'un réflexe ischio et bulbo-caverneux sous l'influence d'une irritation de la surface dorsale du gland; il montrait aussi que, dans les cas de troubles des fonctions génitales, la présence de ce réflexe indique une origine dynamique et permet un pronostic favorable alors que l'absence du réflexe est un signe de lésion organique et aggrave le pronostic. Peu de temps après, en janvier 1891, et sans connaître le travail d'Onanoff, l'auteur publiait sur ce même réflexe un mémoire intitulé : « Note sur le réflexe viril. » Il joint, du reste, au présent travail, deux lettres de Brown-Sequard, relatives à cette question d'historique.

Depuis les premiers travaux sur ce réflexe, M. Hughes a trouvé une meilleure méthode pour le provoquer.

Le patient étant couché sur le dos, les jambes allongées, le médecin tient avec lui une conversation sur un sujet érotique, puis, tenant le prépuce entre le pouce et l'index, au niveau du méat urinaire, le tire, l'allonge avec force; dans ces conditions, le réflexe est, ou provoqué normalement, ou exagéré, ou ne se produit pas, suivant que la virilité du malade est normale, exagérée ou absente ou résultante d'un état morbide du centre génito-spinal ou de l'âge.

Ce réflexe demande, pour être recherché, une certaine expérience, car il est bien plus souvent senti que vu. L'importance de ce signe peut être grande dans les questions de viol, de paternité ou de capacité sexuelle. (*The Alienist and Neurologist*, janvier 1898.)

E. B.

XIX. Section ancienne du médian. Suture. Prétendu retour immédiat de la sensibilité; par A. Lambotte et Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 17.)

Il résulte de l'observation qui fait l'objet de ce travail que seize mois après une section complète du nerf médian au poignet chez un homme de quarante-six ans, la résection du névrome consécutif à la blessure et la suture des deux extrémités du nerf ont été suivies au bout de quarante-huit heures d'un retour partiel de la sensibilité tactile et d'un retour complet de la sensibilité articulaire. Pour expliquer ce fait, l'auteur admet que la névrome envoyait vers les centres des sensations perturbatrices continuelles qui gênaient les perceptions.

Après la résection du névrome les sensations recueillies par les anastomoses récurrentes, que le radial et le cubital donnent au territoire du médian ont permis au malade d'apprécier presque immédiatement les impressions du monde extérieur. G. D.

XX. Abolition du réflexe rotulien malgré l'intégrité relative de la moelle lombo-sacrée; par F. Sano. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 16.)

Sur les six faits relatés dans ce travail quatre concernaient une lésion de la partie cervicale de la moelle et deux une lésion de la partie dorsale supérieure.

Trois fois le début a été brusque et la moelle complètement sectionnée : dans ces trois cas, la paralysie flasque avec abolition des réflexes s'est produite d'emblée et s'est maintenue jusqu'à la mort survenue quarante heures, sept jours et sept mois et demi plus tard. Une fois il y a eu érection continue, une autre fois les renseignements manquent, une autre fois il n'y avait érection, les deux premiers mois et demi de l'affection que quand on sondait le malade.

Trois fois le début a été lent. La paralysie flasque a toujours été précédée d'un état spasmodique, et s'est toujours accompagnée d'une abolition des réflexes tendineux. Dans les six cas la moelle lombo-sacrée n'était le siège d'aucune altération. G. Deny.

XXI. Les centres et voies de communication de la parole et de l'écriture; par J. Rosa. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XXI, N. F. IX, 1898.)

Travail de patience exécuté par un professeur non médecin. L'esprit humain, dit l'auteur, associe souvent des conceptions disparates dans l'intention de rappeler l'une de ces conceptions à l'aide d'une autre. Cette conception chargée d'en rappeler une autre est un

signe. La conception rappelée par l'autre est l'*image objective*. C'est ainsi qu'un nœud fait à mon mouchoir de poche est un signe qui me rappelle une commission (idée objective) que j'ai à faire à un ami. Les signes, ce sont les images phonétiques (idées des mots entendus) et les images graphiques (idées des mots vus). Pour reproduire oralement une image phonétique (mot intérieur que nous seuls entendons), il nous faut avoir aussi l'idée des mouvements musculaires qui doivent être exécutés au moyen des organes de la parole pour arriver à émettre les sons qui composent le mot en question, et pour placer les sons dans un ordre déterminé (image motrice). Pour fixer une image phonétique au moyen de l'écriture, il nous faut avoir l'idée des mouvements de la main nécessaires pour représenter l'image graphique.

Pour parler et pour écrire, cinq groupes d'idées sont indispensables : 1° les images objectives (conceptions relatives aux choses dont on parle ou sur lesquelles on écrit) ; 2° les images phonétiques des mots entendus (conceptions verbales acoustiques intérieures qui ne sont perçues que par nous) ; 3° les images graphiques des mots vus (conceptions verbales optiques que nous obtenons par la lecture des caractères écrits ou imprimés)[1] ; 4° les images motrices des mots parlés, c'est-à-dire des mouvements nécessaires pour reproduire oralement les images phonétiques ; 5° les images motrices des mots écrits, c'est-à-dire des mouvements nécessaires pour reproduire par écrit les images graphiques.

L'auto-observation nous apprend, continue M. Rosa, qu'il y a une certaine indépendance entre les images objectives et les images phonétiques (les mots). La clinique nous apprend la localisation cérébrale en divers endroits du cerveau des diverses espèces d'images (déjà connu). Ces centres sont reliés entre eux par des voies de communication. Là est le but des nouveaux schémas.

En ce qui concerne les images objectives, tout élément non optique d'un objet (auditif et tactile) s'en irait d'abord trouver l'élément optique de cet objet pour de là aboutir à son image phonétique.

Les images *phonétiques* et *graphiques* s'effectueraient comme suit : *Ag* est l'œil ; *oE* l'élément optique d'une conception objective ; *K* l'image phonétique correspondante ; *Sch* l'image graphique.

Par l'œil nous obtenons, au moyen de la voie *a* les éléments optiques des conceptions objectives, ou en utilisant la voie *b* les images graphiques, la voie $oe + o$ qui unit l'image objective à l'image graphique, et la voie $b' + k$, inverse, conduisant l'image graphique à l'image objective possèdent un point nodal commun *K* qui est l'image phonétique.

Le schéma se complique quand il s'agit de déterminer les *images*

[1] Voyez sur ce sujet : *Langage écrit*, par Keraval. Paris, in-8°, 1897.

motrices et les centres destinés à l'*exécution mécanique de la parole et de l'écriture.*

Ici la voie de la parole $r+t$ qui va de l'image phonétique *K* au centre d'articulation A passe, dans l'intervalle, par le centre des

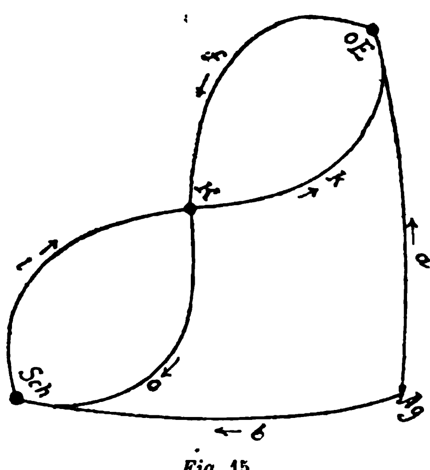


Fig. 15.

mouvements *B*. La voie $v+y$ qui va de l'image graphique *Sch* au centre d'exécution mécanique de l'écriture *A'* passe par le centre intermédiaire des mouvements de l'écriture *B'*. La voie *zz* est la voie de perception par l'œil des mouvements que font les organes de la parole pendant l'acte de la parole, elle passe par le centre *M* des conceptions des mouvements de l'instrument de la parole qui accompagnent le son du mot.

Un enfant qui copie d'après l'abécédaire sans savoir encore lire se sert de *b*, *v*, *y*.

Un enfant qui lit sans articuler un mot et l'écrit utilise *b*, *l*, *o*, *v*, *y*.

Un enfant qui écrit ce qu'il a lu en silence et compris se sert de *b*, *l*, *k*, *v*, *y*.

Tel est le principe du schéma ; mille variétés pédagogiques sont successivement étudiées : lecture à haute voix d'un mot étranger incompris ; lecture à haute voix d'un mot étranger compris ; dénomination d'un objet ; exclamation de l'enfant surpris qui voit une hirondelle au ciel et s'écrie : « une hirondelle » ; travail intellectuel de l'homme devenu sourd qui répète un mot qu'il lit sur la bouche d'un ami et comprend, etc., etc. Sont enfin examinées les voies de transmission anormales des sensations auditives et tactiles des choses lorsqu'elles déraillent sur les autres voies de transmis-

sion qui ne leur appartiennent pas et où les vibrations ne devraient pas aller comme il a été dit *supra* : ici on obtient un complexus

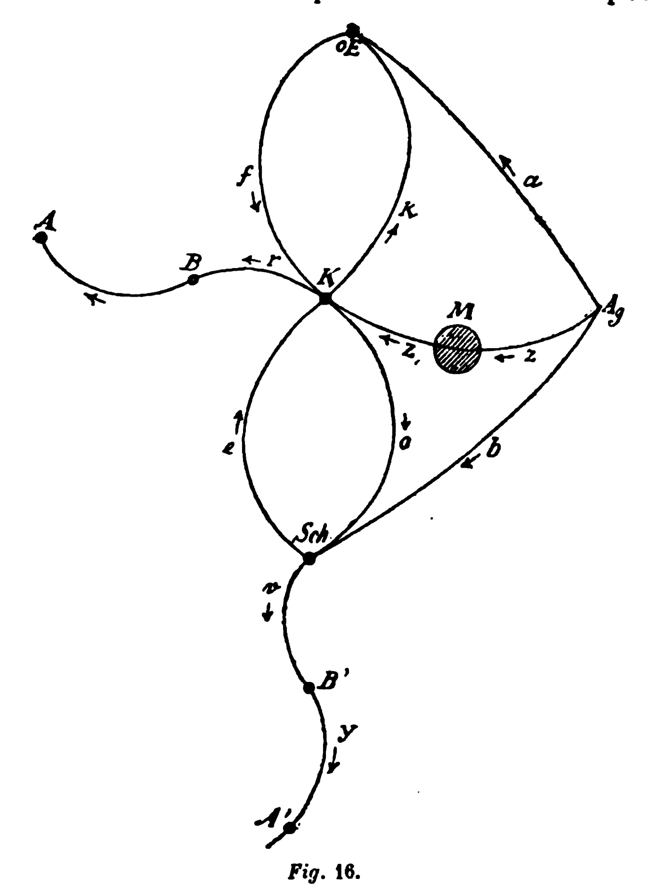


Fig. 16.

schématique qui nécessiterait une épure à une grande échelle. Les cas cliniques classiques des auteurs sont illustrés par ces réseaux.

P. KERAVAL.

XXII. Influence microbienne, et des toxines dérivées dans la genèse des affections nerveuses centrales et périphériques; par Th. BUZZARD. (*British med. Journal*, 8 octobre 1898.)

L'auteur étudie successivement à ce point de vue les paralysies

de l'enfance, les affinités électives de certaines toxines pour les centres nerveux (diphtérie par exemple). Il passe ensuite en revue les scléroses en plaques ou diffuses s'appuyant sur l'opinon de P. Marie concernant l'origine infectieuse fréquente des premiers. Les névrites périphériques et myélites systématisées, ainsi que les infections spécifiques, font l'objet d'autant de paragraphes spéciaux.

Discussion au cours de laquelle le Dr Bramwell signale l'origine micro-organique de la polio-myélite antérieure aiguë.

Dr A. Marie.

XXIII. **Porencéphalie occipitale symétrique** ; par Cluich. (*British medical Journal*, 1er octobre 1898.)

C'est l'observation d'une femme de dix-huit ans placée à l'asile de Durham.

L'autopsie montra l'ectasie postérieure ventriculaire transformant les lobes occipitaux en kystes bilatéraux (trois figures photographiques). L'étiologie congénitale de ces lésions semble pouvoir être rapportée à un accouchement difficile et prolongé (hémorragies cérébrales postérieures). Cliniquement les lésions occipitales se traduisirent particulièrement par le strabisme interne avec nystagmus, l'atrophie optique et l'imbécillité. Dr Marie.

XXIV. **Un cas de lésion localisée du quatrième ventricule** ; par Walter Carr. (*British med. Journal*, 8 octobre 1898.)

Observation, sans nécropsie, d'ophtalmoplégie incomplète causée probablement par un foyer localisé au plancher du quatrième ventricule aux points classiques et dû à l'athérome ou à la trombose (schéma explicatif). Dr A. Marie.

XXV. **Tumeurs intra-craniennes** ; par D. Ferrier. (*British med. Journal*, 8 octobre 1898.)

Étude d'ensemble au point de vue anatomo-topographique et localisation en vue du traitement. L'article contient le pronostic général des tumeurs cérébrales, les proportions de celles qui sont opérables, les résultats opératoires moyens, le tout basé sur les statistiques de l'hôpital des épileptiques et paralytiques de Londres. — Discussion. A. Marie.

XXVI. **Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive** ; par MM. G. Ballet et M. Faure. (*Presse médicale*, 30 novembre 1898.)

Les auteurs rapportent les observations de deux malades atteintes

de confusion mentale primitive, à l'autopsie desquelles ils ont trouvé des lésions cérébrales importantes. Ces malades, du sexe féminin, étaient des alcooliques avérées; elles étaient en même temps tuberculeuses et présentaient de la dégénérescence du foie avec lésions de cirrhose; chez toutes deux, la symptomatologie mentale était la même, associée chez l'une à des signes manifestes et à des lésions accusées de polynévrite. Les lésions cérébrales constatées sur des coupes colorées par la méthode de Nissl, consistaient en des altérations des grandes cellules pyramidales et des cellules de Betz : tuméfaction et déformation plus ou moins marquées des corps cellulaires; noyau peu visible, se déplaçant vers la périphérie, chromatolyse d'intensité variable, allant depuis la simple dissolution de quelques granulations chromatophiles autour du noyau, jusqu'à la chromatolyse complète. Il n'existait pas de lésions vasculaires, de diapédèse, ni de prolifération interstitielle. Chez la malade atteinte de psychose polynévritique, ont été observées des lésions (déformation cellulaire, migration du noyau, chromatolyse) de la plupart des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière. Les nerfs des membres inférieurs présentaient une dégénérescence à type wallérien, surtout accusée à la périphérie de ces nerfs; quelques tubes seulement des nerfs des membres supérieurs présentaient la même altération.

L'absence de lésions vasculaires, l'intégrité de la gangue névroglique et la prédominance des lésions au niveau des régions de la moelle correspondant à l'origine des nerfs les plus malades, concourent, avec les caractères de la chromatolyse (chromatolyse à siège central), bien qu'il soit démontré que ce dernier signe n'a qu'une valeur très relative, à établir que les lésions médullaires étaient des lésions secondaires, c'est-à-dire consécutives à la polynévrite et engendrées par elle. Les lésions cérébrales aussi n'étaient peut-être pas primitives; il n'est pas certain qu'elles fussent le résultat d'une injure faite à la cellule par la substance toxique qui, quelle qu'elle soit, doit être incriminée. Il pourrait se faire que l'agent toxique ait, au cerveau, comme au niveau des nerfs des membres, porté primitivement son action sur les fibres à myéline et que les altérations cellulaires aient été la manifestation de la réaction à distance qui se produit dans toute cellule dont le prolongement cylindraxile est altéré.

La nature de l'agent toxique, producteur des lésions constatées n'a pas été déterminée avec précision; on était en droit d'incriminer à la fois la tuberculose, les lésions hépatiques et l'alcoolisme; mais il n'a pas été possible d'établir la part qui revient à chacun de ces facteurs dans la pathogénie de ces altérations.

A. Fenayrou.

XXVII. Sur un cas de paralysie ascendante aiguë sans lésion histologique des nerfs et de la moelle; par les Drs GIRAUDEAU et LÉVI.

Il s'agit d'un malade de 25 ans, atteint trois mois auparavant d'une fièvre typhoïde traitée par le sérum antityphique et qui, au cours de sa convalescence, fut pris d'une paralysie ascendante aiguë. L'affection commença par les membres inférieurs, envahit le tronc puis les membres supérieurs, enfin les muscles de la respiration.

La paralysie fut complète, avec atteinte des sphincters. La sensibilité était émoussée au niveau des membres paralysés. Il n'existait pas d'atrophie. La mort survint dix jours après le début des premiers accidents.

L'étude histologique du système nerveux a fait constater l'intégrité des nerfs périphériques et des racines antérieures. La moelle examinée suivant les différentes méthodes, ne s'est pas montrée altérée.

Les cellules bulbaires, au niveau du noyau des nerfs mixtes, ne laissaient apercevoir aucune lésion. Le cerveau était normal sur les coupes.

Il faut donc supprimer la possibilité, soit d'altérations histologiques inaccessibles encore aux procédés actuels, soit d'altérations d'un autre ordre, décelables par d'autres méthodes. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que même dans certains cas de maladie de Landry avec lésions, il n'y a pas de parallélisme entre l'évolution clinique et l'état anatomique. (*Revue neurologique*, oct. 1898.)

E. BLIN.

XXVIII. Sur un cas d'atrophie unilatérale du cervelet; par les Drs LANNOIS et PAVIOT.

Observation intéressante d'atrophie du lobe gauche du cervelet chez un malade épileptique qui avait été soumis à la sympathectomie. L'épilepsie paraît avoir été en rapport avec l'atrophie cérébelleuse, mais, au point de vue clinique aucun signe ne permettait de songer à une affection cérébelleuse.

Un point très spécial indiqué par le malade était la conservation habituelle de la conscience pendant l'attaque épileptique. Il existe enfin une atrophie croisée du cerveau très appréciable puisque l'hémisphère droit ne pesait que 440 grammes contre 560 grammes pour l'hémisphère gauche. Histologiquement, l'atrophie cérébelleuse est caractérisée par la disparition, par la fonte sans processus inflammatoire ou nécrobiotique apparent des éléments constituant le manteau gris cérébelleux, couche des grains et cellules de Purkinje, atrophie sans lésion vasculaire. (*Revue neurologique*, oct. 1898.)

E. B.

XXIX. Les champs névrogliques endothéliformes chez les mammifères; par C. Bonne.

Les fibres névrogliques se terminent sur la limitante marginale du névraxe d'un mammifère de la même façon que sur celle du névraxe amyélinique d'une lamproie ou sur celle d'un névraxe fœtal de n'importe quel vertébré : c'est-à-dire par des plateaux bas et soudés ensemble en ordonnance épithéliale. La méthode de Golgi mettant en évidence les pieds élargis en entonnoir, et prenant appui sur la marginale, des cellules épendymaires du névraxe fœtal en train de devenir névrogliques, montre que, dès le début de la différenciation, le dispositif de revêtement épithélial vrai prend naissance à la surface interne de la vitrée.

Ce dispositif persistant à travers toute la série des vertébrés et dès le début de la phase fœtale jusqu'au terme du développement le plus compliqué, reste ainsi le témoin invariable de la signification primitive du névraxe : celle d'un épithélium disposé en une couche de revêtement continu sur la ligne de base. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XXX. Contribution à la connaissance des courants oscillants à haute tension; par le professeur E. Jendrassik.

A l'expression courants de haute fréquence employée par M. D'Arsonval, l'auteur préfère celle de courants de haute tension : la fréquence est le résultat des dimensions des appareils et est donnée par une certaine installation alors que la tension varie dans une certaine mesure selon l'intensité du courant générateur et les résistances dans le circuit.

Dans le présent travail, M. Jendrassik ne s'occupe que des qualités physiques de ces courants.

Pour les courants oscillants, la conductibilité des différentes substances est altérée dans des mesures différentes, souvent opposées à ce qu'on voit ordinairement et, principalement, la résistivité de l'épiderme ne semble pas être plus grande que celle des tissus sous-jacents et la résistance entre les deux mains d'un homme adulte est de beaucoup moindre que celle d'un gros fil métallique de la même longueur. La conductibilité relativement grande du corps humain pour ces courants oscillants explique l'innocuité de ces courants qui peuvent allumer des lampes à incandescence après avoir traversé le corps humain : la résistivité du corps humain étant trop petite, l'énergie électrique passe à travers l'organisme sans y produire un effet sérieux. (*Revue neurologique*, août 1898.)

E. B.

XXXI. L'élément conducteur du système nerveux et ses relations topographiques avec les cellules; par le professeur H. Apathy.

L'idée fondamentale de ces théories nouvelles est la suivante :

Apathy n'a jamais vu une interruption soit centrale, soit périphérique, dans la continuité de la fibre primitive conductrice. Le système nerveux est anatomiquement ininterrompu, au même titre que le système circulatoire.

Les cellules ganglionnaires et nerveuses sont essentiellement différentes. Les cellules nerveuses sont analogues à la cellule musculaire et produisent une substance conductrice, la fibre nerveuse, absolument comme la cellule musculaire produit un élément contractile, la fibre musculaire.

Quant aux cellules ganglionnaires, elles sont introduites dans le tractus conducteur comme le sont, dans une batterie électrique, les éléments qui engendrent le courant.

Les cellules ganglionnaires produisent l'impulsion qui doit être conduite et les cellules nerveuses produisent la substance conductrice.

Une cellule nerveuse est généralement en connexion avec plusieurs cellules par une ou plusieurs fibres primitives; une cellule ganglionnaire peut, de même, être en relation avec plusieurs cellules nerveuses; mais une cellule sensorielle n'est en relation qu'avec une seule cellule ganglionnaire.

On ne voit aucun réseau dans le protoplasma périnucléaire des cellules nerveuses. Dans le corps de la cellule ganglionnaire la fibre primitive conductrice forme un réseau mais n'a aucune connexion avec le noyau. (*American jour. of insanity*, juillet 1898.)

E. B.

XXXII. Modifications des cellules nerveuses dans les maladies somatiques; par le Dr Hoch.

En étudiant les altérations des cellules nerveuses dans le laboratoire du Dr Nissl, à Heidelberg, l'auteur a été frappé de la fréquence des modifications des cellules nerveuses de l'écorce dans les maladies les plus variées : les modifications possibles de ces cellules dans les diverses maladies somatiques sont importantes à connaître, en raison de l'interprétation à donner sur de pareilles lésions rencontrées sur des cerveaux d'aliénés.

Dans le présent travail, le Dr Hoch expose ses recherches sur un seul mode d'altération cellulaire, qu'il appelle le retrait cellulaire. Cette altération cellulaire a été rencontrée dans deux cas de dégénérescence du myocarde, dans un cas de kyste hydatique du foie avec perforation de la cavité abdominale, dans un cas de tuberculose avancée et dans un cas de méningite tuberculeuse.

Les cellules sont modifiées dans leur aspect : elles sont tordues et ridées; les contours des corps cellulaires entre les prolongements sont si rétractés qu'une partie du corps cellulaire paraît au premier abord faire partie du prolongement. Le corps cellulaire ridé, d'aspect sombre, a une structure analogue à un rayon de miel : cette apparence peut se montrer aussi dans le prolongement cylindraxile.

Le noyau est très coloré, diminué de grosseur, et souvent tordu : il apparaît homogène dans les préparations de Nissl et le plus souvent la membrane nucléaire est invisible. Le nucléole est quelquefois élargi, souvent de forme ovale et déporté vers le bord du noyau.

A côté de cette altération cellulaire spéciale, se rencontrait, dans quatre des cas examinés, une autre altération caractérisée par une imprégnation spéciale de la matière colorante qui se répartit souvent sous forme de poussière à la périphérie de la cellule, alors que le centre de la cellule est très faiblement coloré en bleu, et le noyau se détachant peu distinctement sur ce fond bleu à cause de l'absence de la membrane nucléaire.

Ces deux types d'altérations cellulaires s'étant rencontrés côte à côte et présentant chacun des altérations nucléaires comparables par la disparition de la membrane nucléaire, il était permis de supposer que des rapports communs les attachaient l'un à l'autre : les expériences imaginées par l'auteur sont venues confirmer cette manière de voir.

Des fragments d'écorce cérébrale de lapin plongés, aussitôt après la décapitation, dans de l'eau distillée ou dans de l'eau salée pendant douze ou vingt-quatre heures, puis durcis à l'alcool, ont montré, en effet, dans les cellules des altérations semblables à celles qui ont été décrites.

D'autre part, le processus opératoire de ces expériences reproduit des conditions similaires à l'œdème : on peut donc en déduire que les altérations décrites sont dues à de l'œdème des cellules. Le fait que les diverses affections dans lesquelles ont été trouvées ces altérations étaient des affections favorisant l'œdème, est en faveur de cette hypothèse.

Une autre influence peut être exercée sur les cellules par l'extraction rapide de l'eau, dans le durcissement à l'alcool.

Puisque ces modifications expérimentales ont été produites non sur des cerveaux vivants, mais sur des tissus déjà morts, il faut en déduire que ces altérations ne sont pas dues à des modifications vitales, mais à des actions mécaniques et qu'elles sont en quelque sorte artificielles.

La conclusion à tirer de ce travail est que de telles altérations rencontrées dans les cellules de l'écorce cérébrale d'un aliéné devront être considérées comme n'ayant aucun rapport avec le

processus pathologique de la psychose. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) E. B

XXXIII. **Validité de la doctrine du neurone**; par le Dr F. Barker.

Il y a sept ans que la publication du travail célèbre de Waldeyer fit connaître la doctrine du neurone. Cette conception de l'individualité de l'unité cellulaire est-elle encore entière? a-t-elle subi de sérieuses modifications, ou encore a-t-elle été reconnue fausse? Bien que la doctrine du neurone ne puisse expliquer tous les faits connus, bien que quelques biologistes attirent l'attention sur son insuffisance, on doit cependant reconnaître que le contrôle institué par des centaines d'histologistes a confirmé la conception que le neurone est une unité au sens de Waldeyer.

Contre la validité de la conception du neurone, on a fait valoir les recherches de Held et celles d'Apathy.

Held admet que chez l'embryon et chez le jeune animal, les neurones sont entièrement indépendants les uns des autres : lorsque l'extrémité terminale d'un cylindraxe arrive en contact avec le corps cellulaire d'un autre neurone, la ligne de démarcation est toujours visible car elle est plus réfringente que le protoplasma adjacent. Mais plus tard la continuité s'établirait entre les deux neurones. Toutefois, même chez l'adulte, Held reconnaît qu'on peut distinguer, grâce à la ligne réfringente de séparation, ce qui appartient aux terminaisons cylindraxiles d'un neurone et ce qui appartient au protoplasma cellulaire ou dendritique de l'autre : il n'y aurait, en somme, dans ce travail qu'une confirmation de la doctrine du neurone.

Pour Apathy, le système nerveux est composé de deux variétés d'éléments cellulaires entièrement différents l'un de l'autre, les cellules nerveuses et les cellules ganglionnaires. Une fibre nerveuse sort du prolongement d'une cellule nerveuse et traverse un certain nombre de cellules ganglionnaires de structure compliquée, avant de se distribuer dans une fibre musculaire.

L'apparente nouveauté des résultats obtenus par Apathy tient d'une part à ce que les tissus d'invertébrés qui servent aux descriptions sont peu familiers aux neurologistes, et d'autre part à ce que les préparations faites d'après des procédés de coloration spéciaux, sont décrites sans aucun lien de comparaison avec les résultats obtenus par les autres auteurs par les procédés ordinaires de coloration.

En somme, la doctrine du neurone est trop solidement établie pour être ébranlée par ces travaux dont les résultats demandent encore à être revus comparativement avec ceux que fournissent les procédés courants. (*American journal of insanity*, juillet 1898.)

E. B.

XXXIV. Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux; par les Drs JEANSELME et P. MARIE.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° dans certains cas de lèpre, il existe des lésions des cordons postérieurs occupant avec une prédilection particulière les cordons de Goll, les faisceaux en virgule, les triangles cornu-marginaux; 2° ces lésions coïncidant avec un minimum d'altérations des racines postérieures et du réticulum des colonnes de Clarke sont très vraisemblablement d'origine endogène. (*Revue neurologique*, novembre 1898.) E. B.

XXXV. Des difformités congénitales du système nerveux central par Nicolas SOLOVTZOFF. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1898.)

L'auteur a pu rassembler 12 cas d'hydrocéphalie interne et a pu étudier, spécialement au point de vue anatomo-pathologique, les différents stades de cette affection. Ce travail, appuyé sur des coupes macroscopiques et microscopiques et rehaussé de nombreuses photographies, conduit aux conclusions suivantes :

1° L'hydrocéphalie interne provoque différentes difformités du système nerveux central : absence de l'écorce, du pulvinar et des corps genouillés, des pyramides des systèmes frontal et temporal du pont de Varole, du ruban de Reil et des faisceaux internes accessoires; 2° à un degré plus accentué, elle supprime non seulement l'écorce cérébrale, mais la voûte cranienne. Il ne reste que la moelle épinière et parfois une partie du bulbe;

3° Si le processus se propage du côté du canal spinal, on observe en outre : ou bien une hydromyélie très prononcée ou bien une ouverture complète de la colonne vertébrale; 4° cette même cause, jointe à l'anencéphalie, engendre parfois la cyclopie; 5° dans toutes ces difformités, les cellules des cornes antérieures restent à un stade de développement embryonnaire. Fait à noter : tous les monstres observés par l'auteur (12) appartiennent au sexe féminin.

R. C.

XXXVI. Sur une variété de paralysie associée du muscle grand-dentelé (*grand-dentelé et trapèze scapulaire*); par SOUQUES et DUVAL. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Dans le cadre très vaste des paralysies associées qui intéressent le grand-dentelé, il en est une, la paralysie du grand-dentelé associée à celle du trapèze scapulaire, qui présente un intérêt tout spécial, qui mérite d'être considérée comme une véritable entité pathologique. Elle n'est point fortuite en effet et les auteurs qui ont pu en observer un cas très intéressant montrent, au cours

d'une description clinique des plus complètes, toutes les raisons anatomiques qui permettent d'établir la pathogénie propre de cette affection. Les conclusions suivantes résument très clairement ce travail :

1° Il existe une variété particulière de paralysie associée du muscle grand-dentelé et du trapèze scapulaire (portion moyenne et inférieure du trapèze) qui, par sa fréquence, son mécanisme et ses caractères cliniques, mérite une place spéciale dans le cadre des paralysies du grand-dentelé; 2° le *trapèze scapulaire* forme un muscle distinct anatomiquement, physiologiquement et pathologiquement du *trapèze claviculaire.*

3° Le trapèze scapulaire est synergique du grand-dentelé. La synergie fonctionnelle de ces deux muscles explique probablement leur solidarité pathologique; 4° leur association paralytique semble en effet déterminée, dans certains cas, par leur contraction simultanée, capable de produire un tiraillement de leurs nerfs respectifs; 5° les caractères de cette paralysie associée varient suivant l'attitude du bras : *si le bras est au repos*, on constate des déformations scapulo-humérales peu accusées qui sont : abaissement du moignon de l'épaule, élévation en masse de l'omoplate, obliquité de son bord spinal, éloignement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane, écartement de ce même bord par rapport au thorax. *Si le bras s'élève volontairement*, les troubles sont très accusés : impossibilité d'élever les bras au delà de la ligne horizontale, élévation en masse de l'omoplate obliquité de son bord spinal, rapprochement de ce bord spinal par rapport à la ligne médiane, situation en aile du scapulum;

6° A côté de ces déformations scapulo-humérales, il existe des déformations de la paroi thoracique, qui surviennent dans l'élévation du bras et consistent essentiellement en une asymétrie du thorax (modifications), du creux de l'aisselle et voussure de la paroi thoracique proprement dite, du côté paralysé. R. C.

XXXVII. **Le nerf spinal et le nerf moteur de l'estomac**; par le Dr BATTELLI. (*Bull. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 7.)

On sait que Chauveau, ayant excité directement dans le crâne les fibres d'origine du spinal et du pneumogastrique, a constaté que seule l'irritation des fibres du pneumogastrique produit des contractions de l'estomac.

D'après M. Battelli, au contraire, chez le chat et le lapin, l'excitation dans le crâne des racines des neuvième, dixième et onzième paires, du côté où le spinal a été arraché, ne produit jamais de contractions stomacales, qui sont au contraire bien nettes quand on irrite les fibres d'origine du spinal. Toutes les racines parais-

sent agir, mais l'action sur la motilité de l'estomac devient plus énergique à mesure que l'on s'adresse aux racines les plus inférieures.

Chez le chien, comme chez le chat et le lapin, les fibres appartenant nettement au pneumogastrique n'ont aucune action sur les mouvements de l'estomac. Les racines bulbaires du spinal excitées provoquent des mouvements de l'estomac qui sont de plus en plus énergiques, à mesure que l'on s'adresse aux branches d'origine les plus inférieures. Chez tous les animaux, les racines médullaires du spinal n'ont aucune action sur la motilité stomacale.

G. Deny.

XXXVIII. L'alcool et la nutrition; par le Dr O. Muller. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 3.)

Il résulte de ce travail que l'alcool n'est ni un aliment d'épargne, ni un tonique, ni un apéritif, ni un anesthésique. L'alcool est surtout un poison respiratoire et exerce en outre une action destructive sur les cellules vivantes organiques. Enfin, il n'y a pas d'accoutumance à l'alcool et sa suppression immédiate et définitive, quand on en a fait un usage même abusif, ne présente aucun danger pour la santé. G. Deny.

XXXIX. Note sur deux cas de névrite périphérique avec résultats expérimentaux comparatifs de dégénérescence et d'altérations cellulaires; par R. Flemming. (*Brain*, LXXVII et LXXVIII.)

Il s'agit de deux femmes mortes dans le marasme après un temps assez court de faiblesse générale et de troubles parétiques avec perte du réflexe patellaire, altérations des sensibilités, paralysie du diaphragme pour l'une et dysphagie pour l'autre. A l'autopsie, dégénérescence des cellules nerveuses médullaires dans les groupes correspondant aux nerfs les plus intéressés avec petits thrombus et légères hémorragies interstitielles. Dans les nerfs atrophie marquée des fibres fines se rendant aux vaisseaux, altérations légères au contraire des grosses fibres ayant plutôt souffert de la compression produite par une abondante diapédèse de leucocytes et par des suffusions sanguines périvasculaires fréquentes surtout dans le périnèvre et l'endonèvre. Altérations tout à fait analogues dans des cas de névrites diabétiques. Au contraire, dans les moignons d'amputés et les sections expérimentales, pas de lésions vasculaires, mais seulement des cellules et des fibres aussi bien des grosses fibres que des petites qui n'ont ici rien de particulier et n'entraînent pas l'altération des vaisseaux correspondants. Donc, dans les névrites infectieuses ou toxiques, il y a lieu d'admettre l'action de la toxine agissant directement et sur l'élé-

ment nerveux et sur l'élément vasculaire. Enfin les progrès de l'âge et les maladies qui accroissent le tissu conjonctif soutenant les fibres fines précipitent de ce chef la dégénérescence artérielle.

F. BOISSIER.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XLIV. **Goitre exophtalmique avec symptôme oculaire unilatéral**; par J. HUISHELWOOD. (*British. médical journal*, 25 juin 1898.)

C'est une observation analogue à celles rappelées au récent congrès d'Angers par M. Brissaud.

Dans le cas d'Huishelwood la rétraction de la paupière supérieure (symptôme de Stellwag) disparut tandis que le signe de Græfe persista, c'est-à-dire la dissociation des mouvements d'abaissement de la paupière et de l'œil. L'auteur se rallie à l'hypothèse du spasme du muscle de Muller (non strié et innervé par le sympathique) ainsi qu'à celle d'une lésion concomitante au moins fonctionnelle du noyau central ventriculaire de la troisième paire.

A. MARIE.

XLV. **Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale et inférieure**; par MONTEVERDI et TORRACHI. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 2, 1897.)

XLVI. **Un cas d'anarthrie capsulaire avec autopsie**; par J. ABADIE.

Il s'agit d'un malade ayant présenté tous les signes de la prétendue aphasie motrice sous-corticale : la prononciation des mots était, chez lui, réduite à un bredouillement incompréhensible, à un grognement. Il savait fort bien ce qu'il voulait dire ; il avait conservé la représentation mentale des mots, il pouvait indiquer par gestes le nombre de syllabes ou de lettres qu'il était incapable d'articuler distinctement. Il pouvait même écrire ces mots.

A l'autopsie, on trouve, pour expliquer la perte de l'articulation des mots, deux foyers situés symétriquement dans chaque hémisphère au niveau de la région capsulo-striée, détruisant complètement chacun la moitié antérieure de la capsule interne correspondante.

Malgré cette destruction très étendue des faisceaux capsulaires, le malade n'avait pas d'aphasie ; il ne présentait que cette variété

d'anarthrie indûment appelée par certains auteurs aphasie motrice sous-corticale, expression doublement erronée, d'abord parce qu'elle rattache à l'aphasie un syndrôme clinique qui ne doit pas être confondu avec elle, ensuite parce que la lésion qui le provoque est non pas sous-corticale, mais bien capsulaire.

L'auteur pose les conclusions suivantes, pour servir à la détermination des localisations fonctionnelles de la capsule interne : les lésions destructives de la capsule interne ne donnent pas lieu à de l'aphasie vraie. Elles provoquent de la dysarthrie passagère si elles sont unilatérales, de l'arthrite persistante si elles sont bi-latérales. (*Revue neurologique*, juillet 1898.) E. B.

XLVII. Notes sur les chocs céphalalgiques chez les épileptiques; par le Dr Féré.

On peut observer dans l'épilepsie des algies cutanées par accès plus ou moins durables. Les phénomènes paroxystiques douloureux sur lesquels l'auteur appelle l'attention et dont il cite deux observations intéressantes, se présentent sous la forme d'un choc brusque dans la region céphalique, donnant au malade la sensation d'une attrition, sensation qui persiste pendant quelques minutes, puis disparaît tout aussi brusquement.

Il n'existe pas de sensibilité locale, ni pendant le paroxysme, ni après.

La parenté de ces chocs avec les manifestations épileptiques pourrait être établie seulement par leurs rapports de succession et de coïncidence chez les mêmes malades, et par l'influence qu'exerce sur eux la médication anti-épileptique. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XLVIII. Syndrome d'Erb. Une observation nouvelle; par L. Roques.

L'histoire de la malade rapportée par l'auteur se rapproche des faits décrits sous des dénominations diverses, mais compris sous la dénomination générale de « syndrome d'Erb ». Ce qui frappe surtout chez elle, et ce qui a permis d'établir le diagnostic, c'est la myasthénie dont elle est un type remarquable, myasthénie à laquelle s'associent la blépharoptose, la fatigue de la nuque, les troubles de la parole et de la déglutition.

A noter l'absence d'atrophie et de contractions fibrillaires. Depuis le début de la maladie, qui remonte à près d'un an, il n'y a pas eu d'aggravation considérable : la santé générale n'est pas atteinte, il n'y a pas eu de crises de dyspnée, et la malade s'engoue rarement. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

XLIX. Un cas de tétanos suivi d'autopsie; par le Dr Donetti.

Ayant pratiqué l'autopsie d'un cas de tétanos 13 heures après la mort, l'auteur a trouvé à l'examen histologique la coexistence d'une myélite centrale aiguë et de l'atrophie des cornes antérieures avec destruction de grosses cellules pyramidales.

Les lésions principales ont leur siège dans la substance grise péri-épendymaire : ces lésions se localisent surtout à la région dorsale et leur nature est inflammatoire. C'est secondairement qu'on trouve des lésions des cornes grises antérieures et des grosses cellules.

D'après les remarques de différents auteurs, le tétanos est une infection qui peut toucher le système nerveux de façons différentes et dans les points les plus divers. C'est ainsi que dans l'observation citée, les produits toxiques respectant les nerfs et leurs dépendances ont porté leur action sur les centres, ce qui est du reste presque la règle dans le tétanos. (*Revue neurologique*, sept. 1898.) E. B.

L. L'hystérie dans ses rapports avec les émotions sexuelles; par le Dr Havelock Ellis.

C'est une question depuis longtemps controversée que celle des rapports de l'hystérie avec les émotions sexuelles conscientes ou inconscientes. Déjà les Grecs plaçaient l'hystérie dans l'utérus, d'où son nom.

En 1618, un médecin français, Carolus Piso, rompant avec toutes les erreurs entassées jusque-là sur cette affection, émit cette idée révolutionnaire pour l'époque, que l'hystérie peut se présenter à tout âge et dans les deux sexes, et que son siège n'est pas dans l'utérus, mais bien dans le cerveau. Cette idée violemment combattue à l'origine, fut confirmée par Willis, et en 1681, Sydenham donna une bonne description de l'affection.

Il n'était pas possible de maintenir plus longtemps la théorie utérine de l'hystérie dans la forme primitive d'Hippocrate; mais nombre d'auteurs continuèrent à trouver des rapports nombreux entre l'hystérie et les émotions sexuelles.

Briquet et surtout Charcot s'élevèrent contre cette théorie et montrèrent qu'il n'existe aucune connexion entre l'hystérie et les faits de la vie sexuelle, tant physique que psychique.

La conception des causes de l'hystérie, si fortement établie par Charcot et son école commence cependant à paraître incomplète. Et pourtant il faut reconnaître que cet état incomplet de la conception était nécessaire : il fallait, en effet, réagir vigoureusement contre une idée généralement admise de l'hystérie, idée non seulement fausse mais encore injustement dégradante pour les

victimes de cette affection. Il était nécessaire de montrer que l'hystérie est un désordre physique défini et que le mensonge, que la dissimulation, si généralement attribués à l'hystérique n'étaient que le résultat d'une interprétation non scientifique, ignorante, de la maladie : c'est ce que l'école de Charcot a établi d'une façon définitive. Il est dorénavant inutile de démontrer que l'hystérie n'est pas plus déshonorante que toute autre maladie; et si, comme l'ont montré les recherches récentes de Brener et de Freud, l'analyse psychologique délicate des cas qu'elle présente amène à cette conclusion que le trouble des émotions sexulles joue un rôle important dans l'étiologie de l'hystérie, il n'y a plus à craindre maintenant de jeter par cette constatation le mépris sur l'hystérique. Il est probable que les progrès qui se feront dans l'étude de l'hystérie, seront dus aux analyses psychiques minutieuses en même temps qu'à la corrélation intime de ces analyses avec les signes physiques de la maladie, établis par Charcot d'une façon magistrale. (*The alienist and neurologist*, oct. 1898.) E. B.

LI. **Pathologie de l'épilepsie**; par le Dr Krainsky.

La cause des crises d'épilepsie ne doit être cherchée ni dans l'acide urique ni dans son accumulation dans le sang. L'élimination de l'acide urique doit sans doute être regardée comme un produit et une indication de réactions spéciales de l'organisme de l'épileptique, réactions qui nous sont encore inconnues mais qui, après avoir atteint une certaine intensité, se manifestent par des crises.

Les recherches de l'auteur montrent que l'effet toxique qui cause les manifestations épileptiques ne doit pas être attribué à l'acide urique comme tel, mais à une des substances qui le forment, probablement au carbamate d'ammonium qui reste dans le sang et s'y accumule jusqu'à ce qu'il produise une crise.

Pendant ce temps il est transformé en urée avec perte d'une molécule d'eau, laquelle urée est excrétée sous forme d'acide urique. L'expérimentation a montré que l'organisme peut vite et entièrement se libérer de petites doses de carbamate d'ammonium, soit par l'excrétion ordinaire, soit par sa transformation en urée. Mais si la quantité de sel est trop grande, l'organisme ne peut détruire ou éloigner le poison et le premier stade de l'intoxication, la dépression, survient et dure jusqu'à ce que le poison ait été éliminé de l'organisme. Comme le premier degré de l'empoisonnement par le carbamate d'ammonium est identique au premier degré de l'intoxication par le carbonate d'ammonium, il est à présumer que le carbamate d'ammonium dans son absorption, est transformé en carbonate d'ammonium et que c'est sous cette forme qu'il est rejeté de l'organisme. Si la quantité de car-

bamate d'ammonium est trop grande pour que ce corps puisse être transformé en carbonate d'ammonium, l'intoxication se produit rapidement et la crise épileptique apparaît.

Reste à savoir quelle est, dans le carbamate d'ammonium, la substance active ? D'après M. Krainsky, ce n'est pas l'acide carbamique mais l'ammoniaque qui produit l'intoxication. Quelle que soit la forme sous laquelle il est introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le sang, l'ammoniaque est transformé dans l'organisme en carbonate ou carbamate d'ammonium par l'action du carbonate de soude contenu dans le sang; mais, selon toutes probabilités, c'est sous la forme de carbamate d'ammonium qu'il manifeste ses effets.

En dernière analyse, la nature de l'épilepsie consiste dans une formation périodique de carbamate d'ammonium dans l'organisme, lequel produit les crises : au cours de ces dernières, il est décomposé en urée et eau. Cette théorie permet d'expliquer l'effet thérapeutique favorable des bromures dans l'épilepsie : en effet, le bromure de potassium et le bromure de sodium décomposent mutuellement le carbamate d'ammonium en formant du bromure d'ammonium et du carbamate de potasse ou de soude, lesquels corps, à même dose que le carbamate d'ammonium, sont complètement inoffensifs.

Mais la neutralisation constante du poison formé ne peut prévenir sa nouvelle formation; c'est dire que le problème de la thérapeutique de l'épilepsie ne sera résolu qu'autant que seront découverts la cause et le lieu d'origine de ces réactions anormales de l'organisme épileptique. (*The alienist and neurologist*, oct. 1898.)

E. B.

LII. **Sur la dysostose cléido-crânienne héréditaire**; par les Drs P. Marie et Sainton.

La malformation décrite pour la première fois par les auteurs, sous le nom de dysostose cléido-crânienne héréditaire, et dont il n'existe encore que quatre observations, présente comme caractères essentiels :

1° Un développement exagéré du diamètre transverse du crâne coïncidant avec un retard dans l'ossification des fontanelles; 2° une aplasie plus ou moins prononcée des clavicules, lesquelles sont en partie remplacées par du tissu fibreux; 3° la transmission héréditaire de ces malformations. En effet, les quatre sujets se répartissent ainsi : un père et son fils, une mère et sa fille; les premiers n'ayant, d'ailleurs, avec les secondes aucun lien de parenté. (*Revue neurologique*, décembre 1898.) E. B.

LIII. **Paralysie pseudo-bulbaire**; par le Dr Lad. Haskovec.

Les points importants de l'observation rapportée par l'auteur sont les suivants :

1° Hémiplégie du côté gauche avec paralysie des branches inférieures du nerf facial du même côté en 1896.

2° Après une année, hémiplégie droite, suivie d'une hémihyperesthésie et d'une paralysie de toutes les branches du nerf facial du même côté. Symptômes bulbaires sans lésions respiratoires et circulatoires sérieuses. Symptômes psychiques.

3° Disproportion entre la dysarthrie persistante et entre le degré de la parésie du voile du palais et l'affaiblissement de la langue. Léger rétrécissement concentrique du champ visuel.

4° Amélioration complète des symptômes moteurs, sauf un léger affaiblissement des muscles masticateurs, de la langue et une légère parésie du voile du palais. Exagération des réflexes tendineux, hémihyperesthésie droite. Aucune lésion des sphincters. Pas de lésions des muscles de l'œil. Accès de rire forcé.

5° Artériosclérose généralisée. Il s'agit ici d'un cas de paralysie pseudo-bulbaire partielle d'origine cérébrale.

Le syndrome pseudo-bulbaire est dû le plus souvent aux lésions du noyau lenticulaire et de la capsule interne : parmi les symptômes cliniques, la disproportion entre la fonction musculaire et le degré de la parésie musculaire est très intéressante et elle semble être très importante dans le diagnostic de la paralysie pseudobulbaire d'origine cérébrale. (*Revue neurologique*, décembre 1898)

E. B.

LIV. **De la myosite ossifiante progressive**; par A. Weil et J. Nissim. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, nos 2, 3, 4, 5 et 6, 1898.)

Travail d'analyse minutieux, comprenant les 51 observations complètes qui constituent la littérature de cette affection depuis celle de Jonh Frecke (1740) jusqu'à celle de Burgerhout (1898) en passant par celle de Munchmeyer (1869) qui consacre l'appellatien de « myosite ossifiante progressive » et laisse son nom à la maladie.

Les auteurs passent en revue toutes les modalités de cette curieuse « maladie de Munchmeyer », ses variétés cliniques et les opinions diverses auxquelles elle a donné naissance, relativement à son étiologie et à son anatomie pathologique. De cette revue très intéressante, renforcée d'une observation personnelle, se dégagent une série de conclusions, qui constituent la synthèse de cette monographie :

1° La myosite ossifiante progressive est une affection de tout l'appareil locomoteur ; elle se caractérise par le dépôt de masses

osseuses dans le tissu conjonctif des muscles, dans les tendons, les aponévroses, les ligaments et les os; 2° anatomiquement, la maladie de Munchmeyer offre trois stades : stade d'infiltration embryonnaire, stade d'induration fibreuse et stade d'ossification; cliniquement, ces trois périodes sont moins distinctes, elles se confondent successivement l'une dans l'autre;

3° La myosite ossifiante peut se montrer à un âge avancé, mais elle est surtout fréquente dans l'enfance; 4° elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dans la proportion de trois pour une; 5° les races germanique et saxonne sont plus prédisposées que les autres; 6° la myosite ossifiante progressive semble provenir d'une lésion des centres nerveux; le processus ossifiant constitue un trouble trophique particulier;

7° Le début de la maladie se présente sous deux formes distinctes; il est aigu avec léger mouvement fébrile ou chronique d'emblée; 8° la maladie débute en général par la nuque ou la partie supérieure du dos; 9° elle détermine secondairement l'atrophie des muscles; elle ankylose les articulations dont la position est régie par l'action des muscles les premiers atteints; 10° il est des muscles qui sont très fréquemment envahis par les ossifications (dos, nuque, poitrine, etc.), d'autres le sont rarement (paroi abdominale), quelques-uns le sont exceptionnellement (muscles de la mimique, du pharynx, etc.), enfin il en est qui ne le sont jamais (cœur, diaphragme, sphincters); 11° l'affection offre un épaississement de tout le système conjonctif de l'appareil locomoteur; 12° elle progresse par poussées aiguës entrecoupées de pousses apparentes plus ou moins longues. Les traumatismes jouent un certain rôle dans l'éclosion des poussées;

13° La myosite ossifiante progressive s'accompagne très souvent d'une anomalie congénitale (microdactylie, absence de phalanges, ankylose des doigts; 14° le traitement médical est nul; le traitement chirurgical au début reste sans résultats éloignés, la récidive de la tumeur est la règle. R. Charon.

LV. **Hémihypertrophie faciale**; par Sabrazès et Cabannes. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1898.)

L'hémihypertrophie faciale est le plus souvent congénitale; acquise elle est des plus rares. Une revue des cas observés et des opinions émises sur la pathogénie de cette affection montre qu'elle ne s'accompagne pas de troubles intellectuels, qu'elle n'est pas héréditaire, qu'elle n'entoure pas des anomalies de volume du cerveau ou des nerfs craniens, que les viscères et les os du côté facial hypertrophié sont également augmentés de volume. On a cherché la clef de ces hypothèses, dans les troubles de la circulation veineuse et lymphatique, ou bien dans une déviation du

processus d'ossification. Pour les auteurs, l'hypertrophie congénitale est simplement une *anomalie par excès*, qui peut être le résultat de conditions fœtales ou anatomiques spéciales, difficiles à déterminer.

La pathogénie de l'hypertrophie hémifaciale acquise est toute différente. L'étude des 5 cas seulement qu'elle comporte dans la littérature médicale, montre qu'elle survient après un traumatisme, une névralgie du trijumeau, un abcès, etc., survenu dans le jeune âge (de deux à douze ans). La langue est toujours intacte.

R. C.

LVI. **Énorme nœvus angiomateux de la face avec hémiplégie spasmodique et épilepsie**; par Lannois et Bernoud. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Fille de vingt ans, débile, ayant des accès convulsifs depuis l'âge de neuf ans, et présentant depuis les premiers jours de sa naissance de l'hémiplégie gauche et une hypertrophie considérable de tout le côté gauche de la face, hérédité alcoolique et congestive. Les caractères de cette tumeur, énorme et molle, sont ceux d'un nœvus angiomateux qui donne à la malade un aspect monstrueux et bestial fixé dans une photographie. L'auteur rapproche son cas de ceux qui ont été déjà publiés sur cette question, et il remarque un ensemble de faits suffisamment concordants pour permettre d'établir un rapport entre les nœvi étendus, surtout ceux de la face, et les lésions cérébrales se traduisant par l'idiotie, les affections spasmo-paralytiques et l'épilepsie. R. C.

LVII. **Sur un cas de chorée variable avec contractions fasciculaires des deltoïdes et craquements articulaires**; par Ch. Féré. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Observation intéressante *au point de vue étiologique*, par le rôle provocateur joué par l'irritation d'une lésion nasale (polype) et par l'alcoolisme aigu, qui est immédiatement suivi de la généralisation des spasmes choréiques; *au point de vue symptomatique*, par la succession des manifestations spasmodiques, depuis le monospasme (chorée d'habitude), se transformant en chorée vulgaire avec poussée de délire mélancolique et suicide, puis arythmie, spasme du globe oculaire et de l'iris, déplacement des maxima qui poussent successivement de droite à gauche (chorée variable de Brissaud) et enfin (phénomène le plus original) localisation stricte des spasmes aux deux deltoïdes et discordance des contractions de ces muscles, produisant les craquements articulaires. R. C.

LVIII. **Sur un cas de tachypnée hystérique secondaire**; par le Dr Soca. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1898.)

Cette observation, détaillée et intéressante, n'est, en somme, qu'un cas de tachypnée hystérique, vue par Lasègue et décrite par Charcot et Weir-Mitchell; mais cette tachypnée s'est manifestée au cours d'une lésion pulmonaire véritable (pleurésie diaphragmatique), simple cause occasionnelle. L'auteur pense que cette observation autorise à inscrire la *tachypnée hystérique secondaire* à côté de la tachypnée primitive de Charcot. R. C.

LIX. **De l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques**; par M. Pitres. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 21.)

On sait que chez le sujet sain, la compression brusque du creux épigastrique détermine une sensation douloureuse très spéciale accompagnée d'angoisse et de défaillance lipothymique. On sait également que dans un bon nombre de cas d'hystérie il existe au contraire une analgésie profonde de la région épigastrique. Cette analgésie s'observe également dans un certain nombre de cas de maladies organiques du système nerveux, notamment dans la paralysie générale, dans la sclérose en plaques et plus fréquemment encore dans le tabes. Il résulte en effet des recherches de M. Pitres que dans près de la moitié des cas de tabes l'épigastre est moins sensible à la pression et aux coups qu'à l'état normal et que, dans un cinquième environ des cas, il est complètement analgésique. M. Pitres a en outre remarqué que l'affaiblissement ou l'abolition de la sensibilité profonde de l'épigastre chez les tabétiques n'était pas nécessairement accompagnée d'analgésie ou d'anesthésie superficielle des téguments et, en second lieu, qu'il n'y avait aucun rapport entre l'apparition de l'analgésie épigastrique profonde et l'exagération, la conservation ou la perte du reflexe abdominal. Il n'y a pas non plus de rapport nécessaire entre l'existence antérieure de crises gastralgiques et la production de l'analgésie épigastrique profonde. Le seul trouble fonctionnel lié le plus habituellement à ce phénomène est la perte de la sensation de la faim.

Il est probable, sans qu'on puisse l'affirmer, que l'analgésie épigastrique profonde des tabétiques est due, comme les anesthésies de la vessie, du rectum, etc., à des névrites viscérales.

G. D.

LX. **Tabes et traumatisme**; par le Dr Donadieu-Lavit (de Lamalou), ancien interne des hôpitaux.

Un ataxique, incoordonné depuis deux ans, tombe et se casse

la jambe droite. Après une immobilisation de trois mois, la consolidation paraît parfaite et notre malade en état de marcher. Vainement, on essaie de le soutenir et de lui faire faire quelques pas : il s'affaisse comme une masse *sur des jambes de coton*.

M. V... marchait avant la chute; il ne marche plus après le traumatisme. C'est donc le traumatisme et l'immobilisation consécutive qui ont entraîné la paraplégie absolue. L'étude du membre fracturé explique cette impotence.

Les troubles de la motilité (incoordination) et de la sensibilité (anesthésie plantaire absolue) sont plus marqués à la jambe fracturée. De plus, le cal volumineux, l'œdème dur éléphantiasique, l'arthropathie tibio-tarsienne, l'ostéopathie tabétique du pied droit siègent au membre où le traumatisme et l'immobilisation ont particulièrement porté leur action. De plus, un état psychique spécial vient se greffer sur ces diverses lésions (basophobie) et enrayer cérébralement la marche. C'est donc le traumatisme et l'immobilisation qui ont été la cause occasionnelle des troubles moteurs, sensitifs et trophiques, ostéo-articulaires qui sont venus se surajouter aux troubles tabétiques généraux et déterminer l'impotence. Les bas élastiques, le massage, l'élongation de la moelle, la cure thermale, la gymnastique de Frenckel, ont donné des résultats tels que notre ataxique marchait, huit mois après la chute, aussi bien qu'avant la chute. Tous les symptômes du tabès avaient reculé sans disparaître.

Conclusions. — Le traumatisme peut faire émerger le tabès (voir Bibl.); presque toujours, il exagère avec l'immobilisation les troubles ataxiques. L'immobilisation doit être réduite au minimum, en cas de nécessité. La mobilisation, si utile chez l'ataxique non traumatisé, l'est bien plus encore chez l'ataxique immobilisé par traumatisme. La gymnastique de Frenckel, les marches et exercices réglés et bien dirigés, le massage, la bicyclette jumelle avec un domestique bien stylé, le tricycle sont absolument indiqués. La bicyclette simple entraîne trop souvent des chutes et doit être souvent interdite. (*Archives provinciales de médecine*, mars 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance de janvier 1899. — Présidence de M. J. Voisin.

Types de criminels russes. — M. Orchanski, faisant passer sous les yeux de la société une collection de photographies de criminels russes, constate que, contrairement à l'opinion de Lombroso, on ne peut assigner aucune physionomie spéciale, aucun type au criminel. Son facies n'a rien de typique ni de caractéristique. Les photographies présentées ressemblent à des photographies quelconques. A côté de visages aux traits grossiers, on trouve des physionomies fines et délicates ; des figures débonnaires se mélent à des types rébarbatifs ; des visages aux lignes peu accusées se confondent avec d'autres dont les contours sont anguleux ; les physionomies intelligentes sont aussi nombreuses que les faces bestiales. L'impression générale qu'on éprouve, c'est la banalité du type et l'absence d'individualité caractéristique.

M. Orchanski en arrive à ces deux conclusions, que les criminels russes, appartenant à la population rustique, ne présentent aucun type spécial, soit dans leur physionomie, soit dans la configuration de leur crâne, mais qu'on retrouve en eux le type très accusé des différentes nationalités (russes, tartares, juifs, etc.) auxquelles ils appartiennent.

M. Magnan estime qu'on s'exposerait à de nombreuses erreurs, si l'on prétendait, comme Lombroso, préjuger par l'aspect de la physionomie des tendancce psychiques des individus.

M. Charpentier. — Les signes physiques de la dégénérescence mentale ne sont pas plus fixes que ceux de la criminalité.

M. Magnan croit que les signes physiques de dégénérescence ont une importance en pathologie mentale ; mais cette importance est beaucoup moindre que les particularités de l'état mental du sujet, observé avant l'apparition des troubles plus apparents de l'intelligence ou pendant ses intervalles lucides.

M. Orchanski fait observer qu'il existe dans sa collection une famille de tziganes criminels dont les traits sont cependant des plus réguliers.

Commissions des prix.

Prix Belhomme (deux mémoires). Commissaires : MM. BOUCHEREAU, BOURNEVILLE, BRIAND, SÉGLAS, SOLLIER.

Prix Moreau (de Tours) (huit mémoires). Commissaires : MM. ARNAUD, BALLET, BOISSIER, MOREAU (de Tours), VALLON.

Marcel BRIAND.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 20 novembre 1898.

MM. SOUKHANOFF et N. ORLOFF présentent un malade atteint de *psychose polyneuritique*. L'observation détaillée sera communiquée à une des séances prochaines.

P. PRÉOBRAJENSKY. — *Deux cas d'arthropathies syringomyéliques :*

OBSERVATION I. — Paysanne, âgée de cinquante-cinq ans, dont le père, nerveux, était affecté d'une scoliose. Parésie du bras droit datant de l'enfance. Il y a trente ans, elle eut les premiers panaris aux doigts de la main gauche, en nombre de onze-treize, notamment au pouce, à l'index et au médius. Vers la même époque apparut une ulcération à la plante du pied gauche. Depuis un mois, douleur et tuméfaction de l'articulation du genou gauche.

A l'*examen* on trouve : Légère hypoesthésie au genou gauche. Inégalité pupillaire avec paresse du réflexe à la lumière. Cyphoscoliose, à concavité dirigée à gauche. L'articulation de l'épaule gauche est augmentée de volume et déformée. Atrophie des muscles des deux membres supérieurs, avec diminution notable des réflexes tendineux. Le genou gauche est tuméfié et déformé ; il présente une exulcération à la surface externe, d'où s'écoule un liquide séro-purulent ; luxation de la jambe en arrière aux mouvements de flexion du genou ; pas d'esquilles à l'intérieur de l'articulation, mais une simple crépitation pendant les mouvements. Le réflexe rotulien droit est exagéré. Mal perforant à la base de la troisième phalange du gros orteil gauche. La malade meurt de pyémie.

A l'*autopsie* on trouve à l'intérieur de la moelle une cavité centrale qui s'étend du bulbe jusqu'au cône terminal et qui, dans

certains endroits, a réduit la substance médullaire jusqu'aux dimensions d'une mince pellicule. La tête de l'humérus présente de nombreuses croissances de couleur jaune, légèrement transparentes. Les deux condyles du fémur sont fortement usés, la surface articulaire du genou (gauche) l'est encore davantage. La surface articulairc du péroné est dépourvue de cartilage et légèrement usée.

OBSERVATION II. — Paysan, âgé de quarante-sept ans, sans antécédents connus, a été reçu à l'hôpital dans un état demi-comateux. La température est de 38° 5-38° 7. Strabisme externe de l'œil gauche, parésie faciale inférieure du même côté. Atrophie des muscles du thénar et de l'hypothénar et de l'avant-bras du côté gauche. L'articulation de l'épaule gauche est tuméfiée et limitée dans ses mouvements. Mort.

A l'*autopsie* on trouve : Leptoméningite tuberculeuse. Gliomatose de la moelle épinière ; cavité centrale au-dessous du renflement cervical. La tête de l'humérus présente des excroissances osseuses, encore plus prononcées que dans le premier cas.

La communication de M. Préobrajensky a été accompagnée de présentation de pièces macro et microscopiques.

Discussion. — M. KOJEWNIKOW fait remarquer que le processus suppuratif constaté chez la première malade dans le cours de l'arthrite du genou n'est pas caractéristique pour les arthropathies d'origine syringomyélique.

S. TCHERNISCHEFF. — *Recherches anatomo-pathologiques dans un cas de rage chez l'homme.*

Voici le résumé des constatations de l'auteur :

Dans les régions dorsale et lombaire de la *moelle épinière :* hyperémie intense des vaisseaux de la substance blanche et surtout de la substance grise, en même temps qu'infiltration des espaces périvasculaires par des éléments lymphoïdes. Sur des coupes faites d'après le procédé de Bousch on trouve beaucoup de petites agglomérations noires à la périphérie de la substance blanche, de même qu'une dégénération pigmentaire des cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke.

Les préparations colorées par des couleurs d'aniline basiques font voir de nombreuses cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke déformées et altérées, présentant une chromatolyse insulaire ou diffuse, périphérique et périnucléaire ; leur noyau est déplacé vers la périphérie et dépourvu de sa membrane, il se colore parfois d'une façon plus intense que le corps de la cellule lui-même ; quelques cellules ont leurs prolongements cassés. Toutes ces altérations sont encore plus prononcées dans le renflement cervical et dans le *bulbe*. Au fond du quatrième ventricule on trouve même des hémorrhagies.

Les lésions sont moins prononcées dans la protubérance, l'écorce

et les gros ganglions des hémisphères. Le cervelet est l'endroit le moins affecté.

S. Popoff. — *Un cas d'ankylose de la colonne vertébrale.*

Jeune homme, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, à la suite d'un refroidissement, accuse des douleurs rhumatismales aux genoux et aux reins. La douleur des genoux disparaît bientôt, celle des reins remonte le long de la colonne vertébrale. Au bout de trois semaines le malade remarque que son tronc se courbe en avant; au bout de deux mois, bien que les douleurs aient complètement disparu, la colonne vertébrale est complètement immobile et courbée en avant. Au cours de la maladie, le pouce se prend également, il devient douloureux et gonflé, mais revient à l'état normal au bout de six semaines. A noter encore qu'il y a six ans le malade eut une arthrite des deux poignets qui s'était terminée par l'ankylose complète.

A l'examen du malade on constate que l'ankylose comprend toute la colonne vertébrale, à l'exception de la moitié supérieure de la région cervicale ; la courbure occupe toute la région dorsale. Le sternum est obliquement dirigé d'avant en arrière; dans la région épigastrique les parois abdominales forment trois plis transversaux. Le type de la respiration est abdominal. Les douleurs au dos sont insignifiantes. Pas de troubles sensitifs, pas d'amyotrophies, pas de troubles des réflexes. La démarche est normale. Ankylose des articulations des deux poignets. Au bout de quatre mois de traitement les phénomènes se sont amendés en ce sens que les plis abdominaux ont disparu et l'excavation de la colonne vertébrale a diminué.

En se basant sur l'étiologie, l'évolution rapide et le tableau clinique de l'affection, l'auteur la considère comme rhumatisme articulaire de la colonne vertébrale, développé sur un terrain arthritique. Il adopte l'opinion de Bäumler sur la pathogénie de l'ankylose et il croit en outre que c'est principalement l'élément douleur qui est la cause de la voussure forcée de la colonne vertébrale, d'où immobilisation et ankylose consécutives. L'auteur pense que tous les cas, décrits dans la littératnre, de déformation de la colonne vertébrale avec ankylose sont de la même origine pathologique. Quant au substratum anatomique, les documents nous manquent encore à cet égard.

Discussion.— M. Schatalow croit que le caractère de l'immobilité de la colonne vertébrale dépend de la localisation initiale du processus, compliqué en outre par la participation d'autres articulations qui maintiennent la position du tronc.

M. le professeur Kojewnikow croit que l'ankylose des vertèbres peut tenir à différentes causes anatomiques.

Secrétaires des séances : N. Versiloff et V. Mourawiew.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 20 février 1899. — PRÉSIDENCE DE M. Jules VOISIN.

Hypnotisme et sommeil prolongé dans un cas de délire alcoolique. — M. Paul FAREZ rapporte le cas d'un délire alcoolique polymorphe avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, état de rêve diurne, hyperesthésie psychique et sensorielle, agitation extrême, insomnie, refus de prendre des médicaments, etc. On va imposer l'internement immédiat. Toutefois, avant d'y consentir, M. Farez veut recourir à la suggestion hypnotique. Après avoir endormi le malade, il le rend tout à fait calme et le fait dormir pendant trois jours consécutifs, n'autorisant le réveil que pour la satisfaction des besoins physiologiques et pour les repas. Au bout de ce temps la sédation est complète, la lucidité de l'intelligence est revenue et le malade peut reprendre ses occupations. Celui-ci, en outre, grâce à la suggestion, est prémuni contre le retour offensif de l'alcoolisme chronique. Depuis plus de trois mois, cet homme n'a pas bu un seul verre d'alcool : une surveillance incessante, quoique très discrète n'a pas pu le prendre en défaut une seule fois. Certes, on ne peut pas dire encore que la guérison soit définitive, mais tels qu'ils sont, les résultats obtenus méritent d'être rapportés. Ce fait confirme l'efficacité de la suggestion dans les cas d'alcoolisme aigu ou chronique ; il met en outre en lumière l'utilité du sommeil prolongé, comme agent héroïque de sédation.

Catalepsie spontanée chez une hystérique. — M. BÉRILLON. — Depuis deux ans, la malade est sujette à des crises d'hystéro-épilepsie qui surviennent sous l'influence d'une émotion vive ou d'un trouble digestif. Elle présente de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche. Récemment elle nous donne le spectacle d'une crise convulsive complète avec secousses toniques et cloniques. Les mouvements terminés, la malade tombe dans un état de sommeil profond dans lequel elle se montre indifférente à toutes les excitations périphériques. Les membres sont extrêmement souples et gardent les attitudes paradoxales qu'on leur impose comme par exemple la forme de V et l'équilibre sur la position ischio-sacrée par extension des membres inférieurs et flexion du corps. Cette attitude est modifiée avec la plus grande facilité, car tout le système musculaire est dans l'état de flaccidité *cireuse* caractéristique de l'état cataleptique franc. Dans ce cas, la crise d'hystérie, en déterminant l'inhibition des régions psycho-motrices de l'écorce

cérébrale, place le sujet dans un état analogue à l'état d'hypnotisme provoqué.

L'exercice illégal de la médecine en matière de magnéto-hypnotisme. — M. Vidal passe en revue les divers arrêts des cours et tribunaux qui ont eu à intervenir dans cette question; il interprtèe juridiquement l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892; puis, au nom des anciennes traditions judiciaires, de la législation actuelle et des données de la science médicale, il conclut que le magnétiseur doit être considéré comme exerçant illégalement la médecine.

VARIA.

Prix de l'Académie de médecine.

Prix Civrieux : 1.000 francs. — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.* Un prix de 800 francs est décerné à M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise). Une mention honorable avec une récompense de 200 francs est accordée à MM. les Drs Marie (A.), directeur, et Vigouroux (Auguste), médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), Une mention honorable est accordée à M. le Dr Athanassio (de Bucharest).

Prix Baillarger : L'Académie accorde : Un prix de 1.000 francs à M. le Dr Garnier (Paul), de Paris. Une récompense de 500 francs à MM. les Drs Cololian (P.), de Paris, et Lalanne (R.), de Maréville (Meurthe-et-Moselle); une récompense de 500 francs à MM. les Drs Vigouroux, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), et Colin (Henri), médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon (Eure) ; une mention honorable à M. le Dr Paris (Alexandre), de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Prix Charles Boullard : 1.200 francs. — Un prix de 800 francs est décerné à M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris ; une récompense de 400 francs est accordée à M. le Dr Manheimer (Marcel), de Paris.

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Une récompense de 400 francs à M. le Dr Claude (H.) (de Paris) ; une récompense de 200 francs à MM. les Drs Enriquez et Hallion (de Paris).

Prix Falret : 900 francs.— Question : *Les somnambulistes.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 700 francs à M. le Dr Laurent de Perry (de Bordeaux).

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.* L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Mardi soir, 4 avril. — 1° Punch offert par la Ville de Marseille, dans les salons de l'Hôtel de Ville.

Mercredi matin, 5 avril. — 2° Réception gracieuse offerte par l'Asile des Aliénés, suivie d'une visite des Iles, de la Quarantaine et de l'Estaque, si le temps le permet.

Mercredi soir. — 3° Punch offert par la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Marseille.

Jeudi soir, 6 avril. — Banquet par souscription du Congrès.

Vendredi soir, 7 avril. — Clôture du Congrès.

Samedi, 8 avril. — Excursion à Toulon. Visite de la rade, de l'hôpital St-Mandrier, d'un cuirassé et déjeuner aux Sablettes. La promenade en mer est naturellemeut subordonnée au temps. Pour le voyage de Toulon, aller et retour, le 1/2 tarif sera demandé à la Compagnie P.-L.-M. MM. les Congressistes n'auront à supporter que les frais du banquet par souscription à Marseille, et du prix du chemin de fer aller et retour à Toulon. Toutes les autres dépenses seront couvertes par les allocations du Département et de la Ville.

Dimanche, 9 avril. — Excursion à Aix; Visite à l'Asile d'aliénés; Inauguration du buste de M. Pontier, ancien directeur-médecin; Banquet; Concert et fête dans les jardins de l'Asile; Visite de la ville.

ASILES D'ALIÉNÉS. — *Nominations et mutations* : M. le Dr CHACREAUX, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Alençon; — M. le Dr MAUPATÉ, médecin-adjoint à l'asile d'Armantières est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul; — M. le Dr DEZWASTE, médecin-adjoint à l'asile de Clermont est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul; — M. le Dr MUSIN est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Armentières; — M. le Dr COULON, médecin-adjoint à l'asile d'Alençon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Clermont; M. le Dr MONESTIER, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Aix; — M. le Dr LEVET, médecin-adjoint à l'asile de Fains est nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues; — M. le Dr BRICHE est nommé médecin-adjoint à l'asile de Fains. — Ont été élevés à la classe exceptionnelle : MM. le Dr CHAMBARD, médecin en chef à l'asile de Clermont; Dr TRENEL, médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon;

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 499

Vol. VII. Mars 1899. N° 41

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE. ÉTAT NÉVROPATHIQUE. APPOINT ALCOOLIQUE. DÉLIRE HALLUCINATOIRE ;

Par M. le Dr TRUELLE,
Interne des asiles de la Seine.
(Service de M. Magnan, Asile clinique Sainte-Anne.)

Mme H..., Marie, âgée de trente-cinq ans, sans profession, entre pour la première fois à l'Admission, le 27 avril 1898.

Très excitée à l'arrivée, elle est immédiatement couchée au dortoir d'alitement. L'après-midi du 27, la nuit qui suit et le lendemain 28, l'état d'agitation se maintient sans interruption, très violent, identique à lui-même.

Mme H... présente un délire particulièrement incohérent, activé par une série de troubles sensoriels multiples et variés, avec prédominance visuelle manifeste; mais ces troubles sont en grande partie masqués par une exaltation cérébrale intense. Par instants, la malade pousse de toutes ses forces des cris de frayeur ou d'appel, cherche à se lever, à s'enfuir; elle étend les bras en avant, se débat, les yeux fixes, l'aspect effrayé, comme en proie à une vision terrifiante. A d'autres moments, elle chante des obscénités, ou se met à psalmodier, d'une voix monotone, les mêmes mots plusieurs fois répétés : « Ah ! Marie, Ah ! Marie, etc... ».

Il est à peu près impossible de fixer son attention : elle répond en chantant et sans aucune précision aux questions qu'on lui pose; en même temps, elle se livre à une série de mouvements désordonnés : lève les jambes en l'air, montre le poing, crache, rit, tire la langue, grimace, secoue la tête dans tous les sens, se roule sur son lit; ou bien elle repousse violemment les personnes qui l'approchent, par des mouvements brusques, mal coordonnés, véritables

réflexes de défense, en rapport avec ses illusions et hallucinations pénibles.

La peau est chaude, le visage vultueux, la langue blanche mais humide, les lèvres sèches, fendillées, les dents fuligineuses ; le pouls est faible, rapide, presque incomptable; température : 38°,2, le matin; 38°,4, le soir; léger tremblement des mains, tremblements à oscillations courtes et rapides, hypéresthésie cutanée au contact et à la douleur généralisée; l'ovaire gauche paraît un peu plus sensible à la pression que le droit; insomnie complète malgré trois grammes de chloral en potion donnés le soir à 9 heures; constipation. Pas d'éruption cutanée; ventre souple, pas de symptômes de dénutrition, l'alimentation, quoique irrégulière, est cependant suffisante et spontanée; pas de signes d'auscultation aux poumons, battements du cœur précipités mais réguliers, pas de souffle. Rien d'anormal dans les urines, les pupilles sont égales et réagissent convenablement à la lumière et à l'accommodation les réflexes patellaires sont normaux.

Dans la nuit du 28 au 29, l'agitation tend à se calmer; la malade, après ingestion de trois grammes de chloral, dort pendant cinq heures d'un sommeil assez tranquille, entrecoupé seulement par quelques cris ou déclamations. Au réveil, l'agitation motrice est presque complètement tombée; il ne reste plus guère qu'une exaltation cérébrale, considérable encore, il est vrai; le délire offre un caractère moins pénible; le regard est vif et brillant; la malade rit fréquemment et sans motif apparent; elle continue à débiter force mots orduriers; elle tutoie tout le monde, croit reconnaître les personnes qui l'entourent et leur donne le nom de gens autrefois en relation avec elle. Elle a, par moments encore, quelques réactions violentes quand on l'approche; de temps en temps, elle pousse des cris perçants, mais d'une intonation banale et n'indiquant plus l'effroi comme ceux des premiers jours. Le 29 et le 30, métrorrhagie peu abondante.

Dans l'après-midi du 30 avril, l'agitation redevient à nouveau extrême avec les mêmes caractères que lors de l'entrée de la malade : cris de frayeur, mouvements désordonnés, actes de violence. Néanmoins, grâce à 3 grammes de chloral, Mme H... dort cinq heures pendant la nuit d'un sommeil tranquille. Au matin elle est à nouveau plus calme, l'agitation motrice est sensiblement atténuée, l'incohérence moins grande, l'exaltation cérébrale légèrement diminuée; par contre, les troubles sensoriels, principalement ceux de la vue, qui, les jours précédents, étaient comme étouffés au milieu de l'exaltation générale de la malade, sont aujourd'hui beaucoup plus nets : elle a fréquemment des mouvements d'effroi, de répulsion, comme si elle avait devant elle quelque tableau effrayant ; elle voit des animaux, parle de crapauds, de poissons, de serpents qui rôdent sur son lit.

Dans les jours qui suivent, la malade continue à se calmer progressivement, mais incomplètement, elle répond assez correctement à quelques questions simples; les hallucinations avec troubles de la sensibilité générale persistent, au contraire : généralement atténués, ces désordres vont éclater plus violents à certains moments, comme de véritables bouffées qui saisissent la malade dans un raptus d'une intensité souvent extrême.

Dans les périodes d'accalmie, Mme H... reste étendue sur son lit, immobile, ou bien assise l'après-midi dans le jardin, elle répond par petites phrases courtes, mais d'une façon assez exacte, quand on l'interroge. Puis, brusquement survient un raptus hallucinatoire, alors la malade gémit, s'agite, ses traits se contractent, expriment la frayeur la plus intense ; les regards fixés vers un point qu'elle désigne du doigt, elle se livre à une série de mouvements de défense plus ou moins désordonnés, secoue son lit, déplace ses oreillers qu'elle rejette loin d'elle, roule ses couvertures, cherche à quitter sa chemise, se passe plusieurs fois la main sur les membres, comme pour en chasser certains contacts désagréables ; elle se cramponne à son lit pour ne pas tomber : « Je glisse, je glisse, crie-t-elle, je vais tomber dans la mer ! » Elle soulève son matelas, regarde dessous : « Il y a quelqu'un là-dessous, c'est M. F... (un médecin qui la soignait en ville), je vais l'étouffer, ôtez-le, voyons, ôtez-le. » Sa parole est brève, saccadée, impérative. Un instant après, elle retombe sur son lit, comme épuisée des efforts qu'elle a faits; elle soupire, semble se reposer un instant, mais, bientôt, surgit une nouvelle hallucination : il y a des chats, des poissons, des reptiles sur son lit : « Tenez, là, les voyez-vous ? » dit-elle ; et, elle passe la main dans ses cheveux avec un geste de dégoût, ou semble tirer avec ses doigts quelque chose de sa bouche entr'ouverte. A d'autres moments, on la brûle, on la viole, il y a quelqu'un couché sur elle, et effectivement, elle reste étendue sur le dos, essayant péniblement de soulever la tête, comme clouée sur son matelas.

Toutefois, ces symptômes tendent à s'effacer de plus en plus et n'éclatent qu'à des intervalles relativement rares. La situation dès le 10 mai ne rappelle en rien celle du début; les nuits notamment sont assez tranquilles; on est bien obligé de recourir encore de temps en temps au chloral pour provoquer le sommeil, mais celui-ci dure régulièrement cinq à six heures par nuit. L'état général est redevenu satisfaisant, la température, qui le 6 mai, est tombée à la normale, s'y maintient; le pouls est bon, la langue humide et rosée, le facies plus reposé ; il n'y a plus de tremblement des mains. La malade s'alimente suffisamment; elle garde volontiers le lit, prend régulièrement et sans difficulté 3 grammes de bromure de sodium et un bain de deux heures chaque jour. A partir du 12 mai, on supprime définitivement jusqu'au 23 le

chloral de la nuit et on fait prendre le soir un bain prolongé de quatre heures, dont l'effet sédatif est remarquable : il arrive souvent que la malade, mise très agitée dans son bain, s'y calme rapidement; sortie de l'eau à 8 heures, et recouchée aussitôt, elle s'endort d'un sommeil profond et paisible, pour ne s'éveiller qu'au matin.

Il semble donc que nous voici arrivés à une période de convalescence ou tout au moins d'accalmie notable, lorsque, presque subitement, le 20 mai, à quatre heures du matin, après une nuit troublée seulement par quelques hallucinations et quelques cris d'effroi, Mme H... est prise d'un raptus hallucinatoire des plus intenses qui va persister jusqu'au moment du bain du soir : elle se met debout sur son lit, pousse des cris de douleur, piétine ses draps, secoue sa chemise qu'elle enlève et remet à plusieurs reprises : « Tenez, en voilà encore un de passé, crie-t-elle, je les sens bien, parbleu, tous ces couteaux qu'on me glisse partout... Depuis ce matin, quatre heures, que je suis en train de me défendre toute seule contre cette bande de *ripailles* ... Non, mais regardez-les, tous ces outils qui montent après moi! » Sans une minute de répit, elle cherche à se défendre contre ces sensations pénibles qui l'assiègent de toutes parts.

Interrogée sur la cause de sa frayeur, elle répond : « J'étais tranquille ici, mais après l'opération qu'on a faite à la dame hier au soir (lavement de chloral donné à une voisine), j'ai bien vu que ça allait venir à moi. »

Cette nuit, à deux heures, son mari est venu la trouver, elle a vu ses cinq enfants à qui on a coupé la tête, là, près de son lit : « Parbleu, je l'ai bien vu le sang qui coulait!... »

La nuit suivante, sans hypnotique, elle dort pendant cinq heures. Le lendemain, le calme relatif persiste, entrecoupé seulement de quelques troubles sensoriels du même caractère pénible. Par moments, percent quelques idées confuses de persécution : « Ils sont là qui font des bêtises et à dire que c'est moi... Pourquoi m'en voulaient-ils comme cela, tous les voisins ?... » Elle reçoit très mal son mari qui vient la voir, l'accusant d'être la cause de ses souffrances.

Dans les jours qui suivent, les troubles sensoriels généralisés persistent; Mme H... est constamment aux prises avec ses sensations pénibles : elle rejette son oreiller, son traversin, puis se tenant couchée sur le dos, les cuisses écartées et demi-fléchies, elle prend ses draps à la poignée, les soulève, regarde avec précaution par dessous, disant : « Ils sont toujours là qui veulent me faire du mal... ils me mettent un busc dans la matrice... ils sont en train de faire mon autopsie... tenez, regardez !... J'ai plus de cinq paires d'aiguilles dans les épaules!... » Interrogée sur sa santé au milieu de ses hallucinations, elle répond assez

correctement : « Ça va un peu mieux, j'ai pris un bain hier, ça m'a calmée. » Puis, aussitôt, elle repart : « Oh ! oh ! ce sont les enfants de M. F..., qui sont là-dessous. »

D. « Qui est M. F... ? »

R. « C'est un médecin qui habite rue de la Gaieté. » (Fait exact). Et, sans transition, d'un air profondément effrayé : « Oh ! Oh ! ôtez-donc !..., ôtez-donc ! »

D. « Qu'est-ce qu'il y a à ôter ? »

R. « Je n'en sais rien, » répond-elle et elle se met à sourire : « Je suis décorée, qui est-ce qui dit cela ?... J'en ai encore trois dans mon lit... Mais vous ne les voyez donc pas, vous avez donc de la m..., aux yeux, sauf votre respect ?... » Le Président de la République est dans sa chemise, elle est entre le bon Dieu et la sainte Vierge ; elle est couchée sur quelqu'un qu'elle étouffe ; c'est M. F..., et Mme B..., qu'elle écrase ; elle cherche à se soulever sur son lit. Ou bien elle fait un paquet de ses draps, le prend dans ses bras, le lève lentement, puis le dépose avec mille précautions sur son lit, lui parlant comme à un enfant. Elle envoie des sourires et des baisers au plafond, regarde en l'air, répond : « Oui, attends-moi ». Fréquemment, elle se plaint de mauvaises odeurs ; elle sent le vieux poisson, les œufs pourris, les mets qu'on lui sert ont un goût atroce. A d'autres moments, quand les troubles sensoriels sont moins prédominants, elle se met à chanter, construisant des rimes par assonnance :

« Ses petits enfants sont avec lui. »
Oui, oui, oui.
« Sa femme est gentille, »
Oui, oui, oui.

Le 23 mai, les règles apparaissent et durent trois jours, modérément abondantes, sans apporter de modification notable dans l'état de la malade.

Le 26 mai, dans un moment de calme, elle avoue qu'il lui semble que les yeux des personnes qui la regardent ne sont pas toujours les mêmes, que les figurent changent ; elle s'imagine qu'on se moque d'elle, elle entend causer de tous les côtés, mais ne peut savoir de qui sont ces voix.

Le 28, nouveau raptus hallucinatoire diurne ; elle quitte sa chemise, refuse de la remettre, disant : « Je n'en veux pas, j'ai un uniforme... La sainte Vierge qui vient là-haut !... » Un instant après, elle se laisse facilement revêtir, pour presque aussitôt sauter précipitamment de son lit, désignant du doigt le milieu de son matelas, elle s'écrie d'un ton plein d'effroi : « Oh ! non, je ne veux pas, je ne veux pas !... »

Cet état persiste avec des périodes plus ou moins longues de calme relatif, et dure encore actuellement, offrant généralement

le même caractère pénible. Les nuits continuent à être ordinairement assez tranquilles, la malade dormant, en moyenne, quatre à cinq heures ; l'alimentation est toujours suffisante ; l'état général satisfaisant, la température oscille d'une façon régulière entre 37° et 37° 5. Le poids qui, dans les huit premiers jours, avait baissé de trois livres, s'est relevé et se maintient actuellement à son point de départ.

Nous nous trouvons donc ici en présence d'un état hallucinatoire non systématisé ou très imparfaitement systématisé, compliqué d'un certain degré de confusion mentale avec, dans les sphères affective et motrice, des réactions qui sont en rapport avec les perceptions fausses de la malade.

Passons rapidement en revue les différents diagnostics qui peuvent se discuter, à ne s'en tenir simplement qu'à ce tableau clinique.

De la Mélancolie, il ne peut en être question que pour l'éliminer aussitôt : si, en effet, à certains moments, M[me] H... présente une attitude déprimée, voire même demi-stupide, cet état cœnesthétique n'est, de toute évidence, que le reflet du caractère pénible et déprimant des troubles sensoriels du moment.

Il en serait de même de la Manie, l'agitation désordonnée de la malade n'étant, elle aussi, qu'une réaction secondaire et la fuite des idées n'étant, en réalité, qu'une fuite des perceptions fausses, s'il n'avait été décrit, à l'étranger, une forme spéciale de cette maladie, la *Manie hallucinatoire* (Mendel), dans le cadre de laquelle notre cas pourrait, à la rigueur, se ranger. Mais cette forme est loin d'être admise en tant qu'entité morbide par tout le monde, nous y reviendrons dans la suite.

Devons-nous étiqueter cette observation Confusion mentale ? Outre que la confusion mentale est loin, elle aussi, d'être reconnue par tous autrement que comme syndrome commun à plusieurs affections de nature très différente, la confusion n'est manifestement pas ici le symptôme prédominant; bien plus, elle est loin d'être absolue, puisque nous voyons notre malade fournir, au plus fort de son raptus hallucinatoire, des réponses qui ne manquent pas de précision ni d'à propos. Il suffit, du reste de se reporter à la définition de M. Chaslin pour écarter immédiatement ce diagnostic : « La confusion mentale primitive, idiopathique, est une

affection habituellement aiguë, consécutive à l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général, une infection qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux; le fond essentiel de ceux-ci, résultat premier de l'état somatique, est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuels, confusion mentale qui peut être accompagnée ou non de délire, d'hallucinations, d'agitation, ou, au contraire, d'inertie motrice, avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel[1]. »

Reste alors ce qui a été décrit sous le nom de Confusion mentale hallucinatoire (*Hallucinatorische Verwirrtheit*). Krœpelin[2] range cette affection parmi les états aigus d'épuisement, à la suite de Collapsdelirium, de la Folie asthénique, de la Démence aigüe. Le tableau clinique que trace Krœpelin de cette maladie correspond assez bien, en effet, à notre cas, sauf le mode de début, que nous étudierons par la suite. La cause de la confusion hallucinatoire réside ordinairement dans des influences physiques débilitantes, la prédisposition psychopathique, principalement l'alcoolisme, y joue un rôle important, le développement en est rapide : il y a une période prémonitoire d'inquiétude, de confusion, d'angoisse, qui fait perdre au malade la conscience nette des choses ; puis l'éclosion se fait assez brusquement, ordinairement la nuit ; c'est un assaut de troubles sensoriels multiples, visions de feu, d'animaux, d'anges, hallucinations de l'ouïe ; coups de tonnerre, menaces insultes; troubles de la sensibilité générale ; idées délirantes d'ordre mélancolique ou mégalomaniaque, réactions en raison de ces troubles multiples et polymorphes ; de temps en temps, moments de lucidité, où l'on peut avoir une conversation suivie, sommeil ordinairement troublé, dénutrition rapide. L'évolution se fait en plusieurs semaines, ou en plusieurs mois, l'amélioration survient graduellement, la terminaison habituelle est la guérison.

Mais si Krœpelin, si Meynert[3] admettent comme entité morbide la Confusion hallucinatoire décrite pour la pre-

[1] Chaslin. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

[2] Krœpelin. *Psychiatrie*. Leipzig, 1889.

[3] Meynert. *Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf*. (*Jahrbüch. für Psych.*, 1880.)

mière fois par Fritsch[1], d'autres auteurs, de non moins grande valeur, ne la reconnaissent pas ou ne lui assignent pas la même place dans la Nosographie mentale et désignent, sous un autre nom, les faits qui s'y rapportent.

C'est ainsi que Konrad[2] lui donne le nom de Verworrenheit. Mendel[3], contrairement à l'opinion de Meynert, se refuse à faire de ce délire hallucinatoire une affection dégénérative.

Kraft-Ebing[4] est du même avis, puisqu'il range parmi les psychonévroses fonctionnelles primitives, c'est-à-dire parmi les psychoses du cerveau complètement développé, cette forme qu'il désigne sous le nom de *Wahnsinn hallucinatoire;* et sous cette dénomination il comprend les maladies correspondant en grande partie à celles que d'autres auteurs ont décrites sous le nom de démence primaire aiguë (Westphal), de confusion hallucinatoire (Mendel), de manie hallucinatoire (Mendel), de delusional stupor (Newington). Pour Kraft-Ebing, c'est-là une entité morbide primitive, « une maladie parasitaire et accidentellement acquise, chez unin dividudont les fonctions cérébrales étaient jusque-là normales, et dont la maladie n'était pas à prévoir, maladie due à une prédisposition temporaire (par exemple affection physique grave et causes occasionnelles puissantes coïncidant) ; si, dans la psychonévrose, les prédispositions héréditaires ne sont pas impossibles, elles n'existent, du moins, qu'à l'état latent, le cerveau est seulement facile à affecter, mais normal dans ses fonctions ».

Mayser[5] trace encore de cette affection un cadre plus large ; il fait rentrer dans la folie hallucinatoire, la manie hallucinatoire de Mendel, le désordre dans les idées hallucinatoires de Fritsch, le désordre dans les idées pseudo-aphasique de Meynert et de Schlaugenhausen, le premier groupe de la folie aiguë partielle de Kretz, les délires d'épuisement de Voigt, certains cas de folie systématique de Buch.

[1] Fritsch. *Jahrbücher für Psych.* Bd. II, p. 27, 1880.

[2] Konrad. *Zur Lehre von der acuten hallucinat. Verworrenheit.* (*Arch. für Psych.* XVI, 2, p. 252.)

[3] Mendel. *Verrücktheil in Real Encycloped. d. gesammt. Heilkunde.* Bd. XIII, p. 507.

[4] Kraft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie,* 5e édition. Vienne, 1897.

[5] Mayser. *Hallucinatorischer Wahnsinn.* (*Allg. Zeit, für Psych.* Bd. XLII, 1, 1885.)

Schüle [1], s'il fait rentrer la Wahnsinn aiguë sensorielle dans les psychoses de l'individu complètement développé, établit cependant cette distinction d'avec la manie ou la mélancolie que c'est là une forme de psychose chez un cerveau invalide. On voit par là combien, à s'en rapporter aux classifications allemandes, il est difficile d'étiqueter sous un nom précis l'observation que nous venons de rapporter.

D'ailleurs, à un examen plus détaillé, il semble bien qu'il y ait eu dans l'affection de M[me] H... deux phases distinctes : une première, au début, où l'exaltation cérébrale masquait en partie les troubles sensoriels, où les symptômes somatiques étaient assez marqués, où l'on notait, en particulier, du tremblement des mains et un état légèrement saburral des voies digestives, puis, après un intervalle très court de calme relatif, une deuxième phase de troubles sensoriels prédominants, avec réactions concordantes, mais troubles multiples, variés, mobiles, polymorphes.

L'embarras où nous nous trouvons n'est qu'une preuve de plus que « la teneur du délire ne fournit au diagnostic que de bien vagues indications et est incapable, par elle-même, de donner un diagnostic complet [2] ».

Voyons donc si, par l'étude de la genèse et de l'évolution de la psychose, si, par la connaissance des antécédents de notre malade, nous serons plus heureux.

Antécédents héréditaires. — Les renseignements fournis par le mari nous apprennent que le père de M[me] H... a toujours été très nerveux et excentrique ; en outre, il faisait fréquemment des excès de boisson ; à la mort de sa femme, il a fait des spéculations malheureuses, a mené une vie assez dissipée, et a fini par se ruiner complètement. La mère de notre malade, qui était également très nerveuse, est morte de tuberculose pulmonaire. Une tante maternelle est également morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — M[me] H... a toujours été, de l'aveu de son mari, très vive et exaltée, s'emportant facilement, d'une émotivité exagérée ; elle était bouleversée par le moindre ennui. Etant enfant, elle a eu, à plusieurs reprises des accès de somnambulisme. Mariée à vingt et un ans, elle eut dans les premiers temps de son mariage des crises nerveuses caractérisées par une sensation d'étouffement et de constriction à la gorge, suivies de perte

[1] Schüle. *Klinisch. Psychiatrie.* Leipzig, 1886.

[2] Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1897.

de connaissance, avec contracture généralisée, durant quatre à cinq minutes. Cela n'a d'ailleurs été que transitoire. Pourtant, un mois avant son séjour ici, elle a eu de nouveau, à la suite de chagrins domestiques, une sensation de boule qui l'étouffait; elle portait la main à sa gorge, disant à son mari : « Arrache donc, j'étouffe ! »

Elle a eu, de ce mariage, cinq enfants tous élevés au sein, et bien portants jusqu'ici : l'aîné est âgé de quatorze ans, le plus jeune de trois ans. Ni au moment des grossesses, ni au moment des accouchements, ni pendant l'allaitement, Mme H... n'a présenté de trouble mental.

Depuis quinze mois environ, Mme H... était souffrante; elle se plaignait fréquemment de douleurs abdominales; ses règles, devenues très irrégulières, n'apparurent que deux fois dans ces quinze mois. Depuis plus d'un an, elle s'était mise, en outre, à faire des excès de boisson : il lui arrivait de se griser pendant deux ou trois jours, puis tout rentrait dans l'ordre, mais pour recommencer la semaine suivante ; elle prenait ordinairement du vulnéraire chaque matin à jeun; de temps en temps, après le repas, un petit verre de rhum, environ trois quarts de litre de vin par à table.

Huit jours avant le début de l'accès délirant, les règles apparaissent, plus abondantes que de coutume; vers la même époque, elle apprend, coup sur coup, la mort de deux de ses amies auxquelles elle était très attachée.

C'est deux jours plus tard, c'est-à-dire six jours avant son admission à Sainte-Anne, qu'elle commence à paraître étrange; elle s'attribue les faits divers ou les aventures du roman-feuilleton du *Petit Journal;* par moments, elle semble inquiète, tressaille au moindre bruit, se figure qu'on frappe à sa porte. Mais tout cela n'était qu'ébauché et elle continuait, comme par le passé, à s'occuper de son ménage.

Lorsque le 27 avril, à cinq heures du matin, après que son mari l'eût quittée comme d'ordinaire, pour se rendre à son travail, sans avoir rien remarqué de particulier, elle se lève tout à coup, descend en chemise dans la rue, criant qu'elle est possédée du démon, qu'elle a le diable dans le corps, qu'elle veut aller voir le Dr F... Elle appelle ses enfants, leur crie : « Venez vite, nous sommes sauvés ! »

Ce fut cette sortie qui amena son placement d'office à l'asile Sainte-Anne.

Dès lors, la question du diagnostic s'éclaire d'un nouveau jour; nous sommes en présence d'une héréditaire, à caractère mobile et versatile, à émotivité exagérée, jouissant, en un mot,

de cet état mental, que l'on sait être si souvent le substratum mental des dégénérés[1]; en outre, Mme H... a présenté à plusieurs reprises des symptômes d'hystérie (somnambulisme, crises à forme de contracture, sensation de boule). Cette dégénérée hystérique commet à un certain moment des excès de boisson, elle subit, coup sur coup, la perte de deux amies dévouées ; rien d'étonnant dès lors qu'un délire éclate; et ce délire revêt précisément, dès l'emblée, l'aspect du délire chez les dégénérés : ce n'est pas un état maniaque franc, ni ce qu'on a décrit sous le nom de folie hystérique; ce n'est pas non plus un délire alcoolique pur, mais bien un mélange de ces trois états. Au bout de quelques jours, l'appoint alcoolique tend à s'effacer, le tremblement disparaît, l'exaltation maniaque elle-même se calme ; mais, et c'est là précisément le point particulier de cette observation, les troubles sensoriels persistent et ils persistent avec un caractère ordinairement pénible, comme dans l'alcoolisme, avec une prédominance marquée de troubles de la vue comme dans l'alcoolisme et dans l'hystérie, avec un mélange de tendances à la persécution, au mysticisme, aux idées de grandeur; en un mot, avec un polymorphisme inextricable, comme chez les dégénérés.

C'est, en effet, un fait bien établi[2] que cette persistance, avec souvent même, une aggravation marquée du délire chez les dégénérés alcoolisés, sous forme d'hallucinations ou plus fréquemment d'illusions, d'interprétations délirantes, de délire plus ou moins imparfaitement systématisé, ordinairement à type de persécution, à type plus rarement mégalomaniaque; cela s'explique d'ailleurs naturellement, par la moindre résistance chez ces malades, du cerveau, qui, ébranlé pour un temps par l'alcool, ne retrouve pas son équilibre, l'action du poison passée, mais continue à rester sous le coup des troubles sensoriels primitifs, et peut, dès lors, partir de là pour échafauder tout un système de délire.

Nous avons actuellement, dans le service, deux autres malades chez qui l'on peut facilement reconnaître cette évolution.

[1] Magnan. *L'état mental des dégénérés.* (*Revue Neurologique*, 1894.) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1893, 1897.

[2] Magnan. *De l'alcoolisme.* Paris, 1874. *Leçons sur les maladies mentales.* Paris, 1893, 1897.

La première est une femme de trente-deux ans, entrée le 14 mars 1898, en plein délire alcoolique, avec hallucinations de la vue mobiles et pénibles, hallucinations de l'ouïe, à prédominance nocturne, tremblement des mains. Rapidement, en quatre ou cinq jours, le tremblement disparaît, les hallucinations visuelles tendent à s'effacer, mais les troubles de l'ouïe persistent, accompagnés de nombreuses illusions et interprétations fausses et, actuellement, c'est-à-dire trois mois après le début de l'affection, la malade est encore en plein délire ; elle s'éloigne des autres, se tient assise dans un coin faisant des gestes de répulsion quand on l'approche; souvent, on la voit rire sans motif apparent ou entretenir des conversations avec ses voix.

Or, la mère de cette malade était très nerveuse, elle avait fréquemment des crises d'étouffement avec sensation de boule à la gorge; elle faisait ordinairement usage du vulnéraire chaque matin. Notre malade, elle-même, a toujours été fantasque, emportée, recherchant la solitude, sombre sans motif, ou bien, au contraire, d'une gaieté exubérante ; elle était sujette à des accès de colère au cours desquels elle se roulait à terre, en poussant des cris perçants.

L'autre est une femme de trente-huit ans, atteinte d'alcoolisme chronique, entrée le 4 juin 1898, sous le coup d'un accès subaigu, avec hallucinations multiples, à caractère pénible, zoopsie, du tremblement dans les mains, des crampes dans les jambes, un certain degré d'hypéresthésie musculaire. Depuis une dizaine d'années elle faisait des excès de rhum, de cognac, de vulnéraire, d'absinthe; elle en est, d'ailleurs, à sa troisième attaque de délire subaigu : les deux premières n'ont duré que fort peu et ont été suivies d'une guérison complète, mais ce dernier accès, au contraire, tend à s'éterniser; voici plus de vingt jours, en effet, qu'il dure, et actuellement la malade est encore très fortement délirante : jour et nuit, elle brasse ses draps et ses couvertures, en proie à des troubles sensoriels manifestes, s'imaginant qu'elle lave son linge (elle est blanchisseuse de son état), qu'elle tient la République entre ses mains, qu'il y a du monde dans son lit, qu'elle entend des voix qui l'insultent. Son père était un alcoolique franc et est mort, à trente-neuf ans, d'une attaque de *delirium tremens*.

Ainsi, nous sommes amenés à considérer ce soi-disant délire hallucinatoire que présente Mme H... non plus comme une entité morbide autonome, mais bien comme un syndrome d'une affection plus générale : la dégénérescence mentale, et à en faire une variété de ces délires que l'on observe secondairement chez les dégénérés alcoolisés.

Du même coup, nous pouvons affirmer au point de vue du pronostic que c'est là une forme transitoire et curable, sans toutefois pouvoir en préciser la durée d'une façon certaine : ce qu'on peut affirmer, en tout cas, c'est que consécutivement à ces troubles hallucinatoires, notre malade ne présentera vraisemblablement pas le moindre affaiblissement intellectuel.

On ne peut pas davantage certifier qu'une rechute n'aura pas lieu dans un temps plus ou moins éloigné, sous une forme ou sous une autre de psychose, si certaines causes prédisposantes viennent agir sur la malade ; car le délire actuel disparu, nous resterons évidemment en présence du fond dégénératif, terrain toujours favorable à l'éclosion d'un délire.

Quant au traitement, on devra, bien entendu, puisqu'on a affaire ici à une psychose aiguë, instituer le traitement au lit en toute liberté, tel qu'on le pratique dans le service de l'Admission, pour les formes aiguës et subaiguës de la folie, calmer l'éréthisme du système nerveux par des moyens appropriés : balnéation prolongée à 33°, bromures alcalins ; favoriser le sommeil par des hypnotiques; veiller au bon fonctionnement du tube digestif.

Au point de vue prophylactique, recommander, autant que possible, une vie calme et surtout proscrire absolument l'usage des boissons excitantes, alcooliques ou fermentées [1].

[1] Depuis le temps qui s'est écoulé entre la rédaction et la publication de cette observation, Mme H... a guéri de son accès délirant, qu'il nous soit donc permis d'indiquer en quelques mots cette terminaison.

Après une phase d'état qui s'étend du mois de juin au mois d'octobre, phase pendant laquelle se succèdent d'une façon très irrégulière, et cela plusieurs fois dans la même journée, des alternatives rapides d'accalmie et d'excitation, avec une tendance progressive des troubles sensoriels à s'effacer pour faire place à une forme plus franchement maniaque, survient enfin la convalescence, mais convalescence très tourmentée, très décevante aussi par les sautes brusques de l'état mental. Il y a, par exemple, des journées entières où la malade paraît complètement sauvée, causant de choses et d'autres avec lucidité, s'occupant à des travaux de crochet, descendant au jardin où elle se tient fort bien, reconnaissant qu'elle a été malade; puis, subitement, éclate une crise d'exaltation avec discours incohérents, agitation extrême et désordonnée, actes de violence subits et non motivés.

Peu à peu ces dernières lueurs d'un délire qui s'éteint vont elles-mêmes disparaître; et à la fin de la première semaine de janvier, on peut regarder la guérison comme assurée. Une journée seulement, la malade a présenté une très légère dépression mélancolique.

Jusqu'au 25 janvier, Mme H..., bien que ne couchant plus au dortoir

RECUEIL DE FAITS

NOUVEAU SYNDROME CONSÉCUTIF A UNE BLESSURE DE LA MOELLE ;

Par Ciro L. URRIOLA (de Panama).

Entre les syndromes médullaires, le plus connu est celui de Brown-Séquard, caractérisé par une hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée, auquel on assignait pour cause une hémisection de la moelle du même côté que l'hémiparalysie, s'appuyant sur la théorie soutenue par cet auteur de la décussation au niveau de cet organe des conducteurs de la sensibilité; mais les importantes et nouvelles expériences de Mott paraissent renverser cette théorie, qui du reste a été repoussée par son illustre créateur dans la lettre publiée peu de temps avant sa mort et recueillie par la presse scientifique, et où il assure faire faire un progrès à la physiologie. déclarant s'être trompé en soutenant le principe de la décussation. Dans le cas que nous allons signaler ici — cas que nous considérons comme la confirmation de la doctrine de Mott, c'est-à-dire de la conduction directe des impressions sensitives à travers la moelle — par suite d'une blessure faite avec une arme tranchante entre la septième et huitième

d'alitement, y passe cependant la plus grande partie de ses journées, aidant le personnel dans les soins à donner à ses anciennes compagnes, cela le plus naturellement du monde; car il est un fait à noter, c'est que. malgré le souvenir presque complet de son accès passé, elle n'a conservé aucune impression trop fâcheuse de son séjour à l'asile.

Il est un autre point sur lequel nous voulons insister. c'est l'embonpoint, l'état de santé florissant de la malade, au sortir d'un accès d'agitation aussi long et aussi intense. Le poids, en effet, qui était de 48^{kg},500 à l'arrivée, est au moment de la guérison de 56 kilogrammes; et il n'est pas douteux que ce soit au système du séjour au lit qu'on doive attribuer ce résultat. C'est en effet une règle générale de voir les maniaques aigus traités au lit conserver un embonpoint qu'on n'était pas accoutumé de leur voir quand on les maintenait debout en cellule.

côte droite, à 6 centimètres des apophyses épineuses des vertèbres dorsales, il se déclara chez une femme un syndrome consistant en une paraplégie flasque avec hémianesthésie du même côté de la blessure et hyperesthésie du côté opposé. De tels symptômes, provenant de la blessure en apparence unilatérale de la moelle, sous bien des rapports, méritent d'être discutés à la lumière des nouvelles idées. Voici les circonstances qui ont accompagné ce fait.

Julienne Munoz, âgée de quarante ans, multipare. Le 10 juin 1896, était occupée à laver dans un endroit appelé Cocoli, à quelques kilomètres de la ville de Panama, quand subitement elle était blessée, d'abord à l'épaule gauche et ensuite entre la septième et la huitième côte droite, à six centimètres des apophyses épineuses des vertèbres dorsales. L'agresseur était son amant, duquel elle s'était séparée quelques jours avant et qui par jalousie avait juré de se venger. A la seconde blessure, la femme tomba abattue sur le sol avec les membres abdominaux paralysés. L'arme tranchante était un « machete » court, qui resta dans la blessure médullaire d'où il ne fut extrait que quelques minutes après, sur le théâtre même des événements. Il n'y eut pas d'hémorragie apparente par cette dernière blessure. Dans les premières heures de la nuit, on transporta cette femme en ville, et vers les 10 heures l'inspection des blessures fut faite par le médecin de la police. La blessure du dos mesurait trois centimètres dans le sens vertical, un demi-centimètre transversalement et trois de profondeur, au moment de la première inspection. Dans les trois jours qui suivirent, la vessie n'a pas fonctionné, mais au bout de ce temps on obtient par la sonde une grande quantité d'urine normale ; le cinquième jour le rectum fonctionna après un lavement. Depuis ce jour cet organe ainsi que la vessie ont marché régulièrement.

Motilité. — Dans les membres abdominaux existe une paraplégie flasque complète. En élevant les jambes sur le plan du lit, elles tombent comme un corps inerte; elles sont froides, mais conservent leurs couleur et volume habituels. Les pieds sont tombants et les jambes n'opposent aucune résistance aux mouvements passifs de flexion et d'extension.

Sensibilité. — Dans le membre abdominal droit existe une anesthésie complète de toutes les sensibilités depuis le niveau de l'articulation coxo-fémorale jusqu'à l'extrémité des doigts ; durant la première semaine se produisit le phénomène de l'allochirie sensorielle.

En effet, si en bandant la malade on lui applique un corps chauffé sur le genou droit insensible à cette excitation, elle dirige

la main gauche sur le genou du même côté et réfère à ce dernier point la sensation de brûlure. Dans le membre abdominal gauche se notait une hyperesthésie telle que le toucher le plus léger au moyen d'une pointe d'aiguille ou avec un corps chauffé lui faisait éprouver une vive douleur. Au début il existait sur le dos un point très sensible à la pression, à trois travers de doigt au-dessous de la blessure ; deux semaines après ce point se trouvait dans la région sacrée, à six centimètres à droite de la colonne.

Un autre phénomène attirait l'attention chez cette malade : quand la pointe d'une aiguille pénétrait dans la région antéro-externe de la jambe droite ou dans la partie dorsale du pied correspondant, nonobstant qu'elle ne ressentait pas le contact ni la douleur que pouvait lui causer l'aiguille, la malade mouvait le pied dans le sens de l'extension dorsale et la jambe était prise de soubresauts. Dans la même région toutes les excitations de la peau reproduisaient le même phénomène. Cela a persisté plusieurs mois.

Réflexes. — Le patellaire n'existe plus d'aucun côté et le plantaire seul existe dans le pied gauche.

Rectum et vessie. — Depuis ce que nous avons signalé plus haut, ces organes ont fonctionné régulièrement.

Tels ont été les symptômes qu'a présentés cette malade dans les deux premières semaines qui ont suivi l'accident, mais avant de chercher à les expliquer, nous avons cru convenable de résumer l'histoire de cette malade pendant les deux ans qu'elle a été l'objet de nos observations.

La motilité a reparu plus vite dans le membre inférieur droit que dans le gauche, et dans les deux, les mouvements ont commencé d'abord à la racine, puis aux extrémités. On a observé aussi que les mouvements de flexion ont été plus faciles et plus énergiques que ceux d'extension. En octobre 1896, le membre abdominal droit jouissait de tous ses mouvements, tandis que le gauche pouvait à peine faire ceux de flexion du pied et des doigts, ceux d'extension étant impossibles. Cependant on a pu se rendre compte à plusieurs reprises différentes que pendant son sommeil la malade pouvait communiquer à son membre des mouvements de flexion et d'extension dont il ne jouissait pas à l'état de veille.

Dans le mois suivant elle commença à faire les premières tentatives pour marcher, mais il arrivait qu'à peine le corps reposait-il sur un des membres inférieurs, ceux-ci étaient pris d'un fort tremblement. Ce tremblement a toujours été plus prononcé dans le membre inférieur gauche que dans le droit. Dans le cours de ces dernières années, ce tremblement a disparu complètement dans le membre droit et a augmenté dans celui de gauche, arrivant à se contracturer de telle manière que tous ses segments apparaissent

en extension forcée, et le pied, dans la marche s'appuie seul par les extrémités des doigts (équinisme).

Dans la note correspondant au 11 juin 1898 on lit : « Le membre inférieur gauche est contracté ainsi que tous ses segments en extension. Les mouvements d'extension dorsale du pied et des doigts sont nuls ; le réflexe patellaire gauche est très exalté ; clonus du pied. Le membre inférieur droit jouit de tous ses mouvements ; le réflexe de ce même côté est légèrement augmenté ; on ne provoque pas le clonus du pied. Il n'existe pas d'atrophie prononcée dans aucun des membres inférieurs. »

Quant à l'anesthésie, elle disparut rapidement au commencement dans certaines zones, mais depuis elle s'est fixée à d'autres et existe toujours au bout de deux années sous la forme de plaques. Un mois et demi après la blessure médullaire l'anesthésie comprenait le pied droit et la jambe correspondante jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'articulation du genou ; quelques mois plus tard elle avait presque totalement disparu de la surface de la jambe, excepté dans une zone étroite située dans sa partie postérieure qui s'étendait depuis le talon jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'articulation du genou ; dans cette partie l'anesthésie était complète. Dans le pied, l'anesthésie a persisté longtemps dans la région dorsale et dans le bord externe ; et en ce qui concerne la plante, la sensibilité a réapparu de la partie antérieure à la partie postérieure.

Le 11 juin 1898, la distribution de l'anesthésie était la suivante : sur la partie dorsale du pied à partir d'une ligne située à quatre centimètres au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, sur tout le gros doigt du pied et dans un coin étroit correspondant à la peau située au-dessous du malléole interne.

Les réflexes patellaires qui au début étaient abolis, s'exaltèrent par la suite (le 23 juillet 1896 ce phénomène pouvait se vérifier déjà) de chaque côté, quoique d'une façon plus marquée dans le côté gauche. Cette exagération de réflexes était accompagnée du clonus du pied, clonus qui a disparu peu à peu dans le côté droit pour persister uniquement dans le gauche, en même temps que la contracture envahissait de plus en plus le membre du même côté.

Dans le cours de ces deux années, on n'a observé aucun phénomène trophique ni vaso-moteur. Pour ce qui concerne l'atrophie, à peine si elle se note et on peut l'attribuer à la longue immobilité à laquelle a été condamnée la malade.

Il résulte donc de ce qui a été exposé que, immédiatement après la blessure médullaire, il se produisit une paraplégie flasque, accompagnée dans le membre droit d'une anesthésie complète depuis le niveau de l'articulation coxo-fémorale

jusqu'aux extrémités digitales, et dans le gauche de l'hyperesthésie ; que durant la première semaine de l'accident le phénomène de l'allochirie sensorielle était absolument certain; que dans les premières semaines les réflexes profonds furent nuls, mais qu'ils revinrent plus forts en même temps que se provoquait le clonus du pied; qu'avec le temps ce dernier symptôme, complètement disparu du côté droit, se maintenait dans le gauche où la contracture a envahi le membre correspondant; que dans l'espace de deux ans la motilité a réapparu complètement dans le membre inférieur droit, tandis que dans l'opposé elle est très limitée dans le pied et les doigts; que l'anesthésie n'a pas disparu complètement dans le membre inférieur droit et qu'il n'y a aucune perturbation trophique ni vaso-motrice dans aucun des membres atteints.

Ayant ainsi complété l'histoire de cette malade, nous allons tâcher de donner quelques explications sur les symptômes observés.

Si nous acceptions la théorie primitive de Brown-Séquard de la décussation des conducteurs de la sensibilité au niveau de la moelle, il faudrait admettre que la blessure causée par la pénétration de l'arme tranchante à 6 centimètres à droite de la colonne vertébrale, produisit dans la moitié gauche de la moelle une hémisection complète, et comme conséquence, l'hémiparaplégie du même côté et l'hémianesthésie du côté opposé, et sur la moitié droite, c'est-à-dire du même côté où pénétra l'arme, seulement une lésion circonscrite au faisceau pyramidal, d'où l'hémiparaplégie du membre abdominal droit. Cette explication, en parfait accord avec tout ce qui a été soutenu autrefois par un grand nombre d'observateurs de différents pays, appuyée par les classiques expériences de Brown-Séquard, ne paraît pas être conforme avec la réalité des faits qui se sont produits dans le cas actuel ni avec ce que les expériences d'autres savants tendent à démontrer d'autre part.

En effet, en vertu de quel mécanisme l'arme qui blessa la moelle de droite à gauche a-t-elle pu respecter les cordons postérieurs de la moitié droite de cet organe et produire une hémisection complète dans la moitié gauche? Comment l'arme a-t-elle pu avoir une déviation pareille? Il faut avouer que dans ce cas cela n'a pu se produire.

On connaît dans la littérature médicale quelques cas, en particulier celui de Müller, chez lequel la blessure de la moelle s'est produite du côté opposé à la pénétration de l'arme; mais dans ce dernier cas le point d'accès de l'arme était situé à une très petite distance de la droite de la colonne et sa direction étant de droite à gauche, devait produire forcément l'hémisection de la moitié gauche de la moelle. Dans le cas de la Munoz, l'arme a pénétré depuis un point situé à 6 centimètres à droite des apophyses épineuses et dans la direction de droite à gauche; et il est logique de supposer que n'existant aucune cause pour faire dévier l'arme de sa direction primitive, celle-ci a dû blesser, en premier lieu, la moitié droite de la moelle, et avec la pointe, ou la partie plus étroite, à peine une partie de la moitié gauche de ce même organe. Quelle partie? Evidemment la partie antéro-latérale de la moitié gauche de la moelle. Si nous rappelons les circonstances dans lesquelles fut blessée cette femme, nous pouvons rétablir parfaitement les faits.

Elle fut blessée d'abord, par derrière, à l'épaule gauche et immédiatement après au point du dos que nous connaissons. A la première blessure elle a dû tourner la tête et le tronc vers le côté d'où le coup lui était porté, c'est-à-dire du côté gauche. Et c'est dans cette attitude qu'elle reçut la seconde blessure, de droite à gauche, d'arrière en avant; attitude qui rendait plus vulnérable la moitié droite de la moelle et la partie antéro-latérale de la moitié gauche. Admettant cela, on comprendra facilement que l'arme a dû produire dans la moitié droite de la moelle une hémisection complète et dans la moitié gauche intéresser uniquement la partie que la pointe a dû atteindre, c'est-à-dire, la région intéro-latérale, qui comprend le faisceau pyramidal. Avec de pareilles lésions, comment expliquer les symptômes observés? Pour cela, il suffit de rappeler les expériences de Mott[1]. Selon le neurologiste anglais, pendant que dans le côté opposé à celui de l'hémisection de la moelle, il ne se produit aucun phénomène moteur, ni sensitif, dans le côté de l'hémisection, il se développe dans le membre correspondant une hémianesthésie et une hémiparaplégie accompagnée d'allochirie sen-

[1] Frederick W. Mott. *Results of Hemisection of the spinal Cord in Monkeys. Philosophical Transactions of the Royal Society of London.* Vol. 183, 1892.

sorielle. Ces belles expériences, que garantissent le nom de l'auteur et la rigueur scientifique avec laquelle elles ont été conduites, comme aussi la publique et solennelle approbation que leur donna son illustre prédécesseur dans ces mêmes études, rend parfaitement compte des symptômes observés chez cette malade dans le membre abdominal droit, où, comme nous avons vu, il y a eu hémianesthésie et hémiparaplégie accompagnées d'allochirie sensorielle, conséquence de l'hémisection du même côté de la moelle. Quant à la paralysie du membre opposé et à la contraction qui, plus tard, s'y développa, on peut seulement l'expliquer en acceptant, comme nous l'avons établi, que la pointe du machete arriva à blesser dans la moitié gauche de la moelle le faisceau pyramidal, blessure qui a engendré dans ledit faisceau une dégénération descendante et, comme suite, la contraction du membre du même côté.

La théorie de la décussation des conducteurs de la sensibilité au niveau de la moelle, complètement détruite par les expériences du savant anglais et remise enfin par son principal propagateur Brown-Séquard, ne rencontre pas non plus d'appui solide dans l'anatomie normale ni dans la pathologique. Les fibres centripètes provenant des ganglions rachidiens en arrivant au cordon postérieur ne s'entrecroisent pas, comme le faisait supposer la théorie de la décussation, mais se bifurquent en Y se continuant avec les fibres du cordon postérieur, pour terminer après un trajet plus ou moins long par des arborisations libres dans la substance grise de la corne postérieure [1]. L'anatomie pathologique n'a pas démontré de son côté l'existence des fibres dégénérées dans le cordon postérieur opposé à l'hémisection; cependant Mott et Marinesco [2] sont arrivés à découvrir quelques cellules altérées dans la corne postérieure opposée à l'hémisection, fait qui, d'après la manière de voir du dernier de ces deux auteurs, démontrerait qu'il y a des fibres, probablement sans myéline, qui, partant d'un côté de la corne postérieure, vont se terminer à l'opposé. Mais en tout cas, on ne peut assigner à ces fibres, qu'aucun procédé n'a révélées jusqu'à présent, le rôle de transmettre à un côté de la moelle les impressions qui lui arrivent

[1] Ramon y Cajal. *Nuevo Concepto de la histologia de los centros nerviosos*, p. 13 et suivantes.

[2] G. Marinesco. *Lettres d'Angleterre* (*Semaine Médicale*, 1896).

du côté opposé, sinon la fonction hypothétique de conduire les impressions allochiriques.

Dans le cas de Munoz, nous croyons que dans l'espèce se sont vérifiées les célèbres expériences réalisées par Mott sur le singe; et la symptomatologie se serait-elle circonscrite au membre inférieur droit, nous aurions désigné le syndrome avec le nom de l'observateur anglais; mais apparaissant plus complexe et n'ayant trouvé dans la bibliographie que nous avons consultée aucun cas pareil, nous l'avons considéré comme nouveau dans la littérature neuropathologique et comme tel nous l'avons nommé.

L'ŒIL DES MÉLANCOLIQUES;

Par le Dr Alex. ATHANASSIO,
Ancien chef de clinique mentale, médecin adjoint à l'asile d'aliénés Marcoutza (Bucarest).

La mélancolie constitue une psychose relativement rare dans nos asiles d'aliénés. Les mélancoliques ne forment, en effet, que bien à peine 8 p. 100 de la population totale des aliénés.

Nous savons l'importance clinique qu'offre l'examen de l'œil chez les paralytiques généraux. L'exploration de l'œil chez les mélancoliques, bien que ne nous présentant pas une valeur symptomatologique si grande, offre néanmoins des points intéressants qui n'ont pas été encore bien remarqués par les observateurs.

Ainsi, en considérant le regard des mélancoliques, nous l'observons abattu, triste, abaissé, souvent la paupière supérieure ferme complètement l'œil. Cet œil, tout en ne larmoyant que dans quelques rares cas, offre bien l'aspect d'un œil affecté et qui pleure.

Les paupières sont parfois rouges à leurs bords libres. Les mouvements du globe de l'œil se font difficilement, surtout les mouvements d'élévation. Cette immobilité est plutôt l'effet d'une aboulie que d'une paresse véritable. La pupille est dilatée dans la majorité des cas, bien qu'on observe des exceptions.

Les phénomènes de l'accommodation nous offrent ce caractère particulier qu'ici nous observons bien souvent le signe d'Argyll Robertson (ou de Vincent) renversé, c'est-à-dire que la pupille ne réagit pas à l'accommodation de distance, le réflexe lumineux étant complètement conservé. Ce dernier signe assez caractéristique et d'une constatation relativement facile chez une espèce de malades qui nous opposent souvent bien de la résistance pour l'examen.

En ordonnant à nos malades de regarder et fixer notre doigt à une distance de 15 à 20 centimètres : *punctum proximum*, nous n'observons aucune contraction de la pupille, leur disant ensuite de regarder au loin, par exemple dans la cour, *punctum remotum*, la pupille ne réagit pas, elle ne se dilate pas, reste immobile, presque invariable.

Cette immobilité de la pupille n'existe pas si nous soustrayons l'œil à l'influence de la lumière en le cachant avec notre main ou en le fermant par l'abaissement de la paupière supérieure ; si ensuite nous l'exposons brusquement à la lumière en l'ouvrant, la réaction pupillaire de resserrement consécutif à une dilatation antérieure est bien manifeste.

Donc, l'*abolition du réflexe accommodateur et la persistance du réflexe lumineux méritent de figurer dans la symptomatologie de la mélancolie.*

Comment expliquer ce fait? Nous savons que ce qui domine dans la psychose mélancolique c'est l'*aboulie*, comme dans le phénomène de l'accommodation à distance la volonté intervient d'une façon notable pour sa production il s'ensuit bien naturellement que cette accommodation soit donc abolie ou au moins diminuée ; le contraire a lieu pour le réflexe lumineux qui est un phénomène bien plus physique et physiologique et en dehors de la volonté du malade. Le phénomène de l'accommodation à distance est déjà un acte psychologique et volontaire.

Nous observons encore que le tonus oculaire est légèrement augmenté dans le cas de mélancolie avec stupeur et dans quelques cas de mélancolie anxieuse.

L'exploration ophtalmoscopique nous a montré de même plusieurs fois chez les mélancoliques avec stupeur le champ rétinien d'une coloration jaunâtre probablement due à une anémie ou plutôt à un œdème de la rétine. Les vaisseaux veineux de la pupille sont dilatés, les artères peut-être un

peu rétrécies. La papille du nerf optique est normale, on n'observe pas d'excavation ou autre déformation.

La détermination de l'étendue du champ visuel laisse bien à désirer, à cause des difficultés que nous rencontrons dans son exploration chez des malades qui sont bien obstinés dans leur mutisme ou qui ne nous donnent que de rares réponses, souvent fausses et suggestionnées par nos demandes. Chez les quelques malades où nous avons pu obtenir des réponses, le champ visuel a été normal ou rétréci d'une façon insignifiante.

Le champ du regard est modifié, ainsi l'œil regarde fixement d'une façon atone, dirigé surtout en bas, les mouvements de latéralité se font avec lenteur, le mouvement d'élévation se fait aussi comme nous l'avons vu, avec beaucoup de lenteur, le mouvement d'abaissement de l'œil est prédominant et permanent. Le sens des couleurs a été trouvé normal.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LXI. **Myopathie primitive et progressive avec autopsie** (*Forme tardive; type huméro-scapulo-facial*) ; par Sabrazès et Brengues. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Homme de cinquante-huit ans, avec antécédents personnels et héréditaires tuberculeux. Est atteint d'atrophie musculaire parvenue à un degré extrême et ayant débuté à l'âge de vingt ans, par le bras droit. Cette atrophie a gagné successivement et lentement, le bras gauche, les avant-bras, les membres inférieurs, la face, le thorax et l'abdomen. Le malade succombe aux progrès de la phtisie, parvenu à un état d'émaciation squelettique. L'autopsie montre une véritable destruction d'un grand nombre de muscles ; les grands pectoraux, les biceps, les brachiaux antérieurs, etc., sont réduits à quelques tractus aponévrotiques; les muscles superficiels sont amaigris. Les racines nerveuses et les prolongements périphériques jusque dans les muscles atrophiés, les tissus cérébral et médullaire ont conservé leur aspect, leur consistance, leur constitution normaux. Au microscope, les cellules des cornes antérieures apparaissent rapetissées, les débris de fibres musculaires

ont l'apparence de feuilles de membranes hydatides et présentent à la coloration les signes de la dégénérescence polychromatophylique des globules sanguins ; les terminaisons nerveuses dans ces débris musculaires sont dépourvues de bouton. R. Charon.

LXII. L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différentes difformités congénitales du système nerveux central; par Nicolas Solovtzoff. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Poursuivant ses recherches sur les difformités congénitales du système nerveux central, l'auteur présente quatre nouvelles observations de cas tératologiques rares dans lesquels l'analyse macro- et microscopique paraît reconnaître comme cause immédiate, non pas un arrêt de développement, mais une hydrocéphalie interne avec hydromyélie dans deux cas.

La cause de toutes ces difformités est l'hydropisie des ventricules latéraux et du canal central de la moelle épinière. L'accroissement énorme du liquide céphalo-rachidien à l'époque de la vie intra-utérine rompt mécaniquement quelques unes des vésicules cérébrales, entrave la formation d'une partie correspondante du cerveau et même du crâne, si les cinq vésicules sont atteintes d'hydropisie simultanément.

L'étiologie et la pathogénie trouvent leur explication dans les révélations du microscope, qui dénotent dans tous les cas toutes les lésions fines de l'artérite chronique.

De cette artérite chronique, entraînant des néo-formations vasculaires, résulte la déformation des éléments nerveux, l'exsudation du liquide lymphatique dans le cerveau et la moelle. L'auteur pense que cette artérite généralisée dépend de la syphilis et conclut que toutes les difformités congénitales du système nerveux central ont pour cause la syphilis héréditaire. R. Charon.

LXIII. Trois cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire dans la même famille; par G. Rossolimo. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Les observations de cas multiples de cette affection, suivis en même temps dans la même famille, sont encore très rares. L'auteur a eu l'occasion de rencontrer deux frères et une sœur présentant l'ensemble symptomatique qui caractérise la maladie de Marie et d'en faire une analyse clinique minutieuse. Le tableau classique décrit par Marie se retrouve intégralement dans tous les cas, mais rehaussé de quelques touches qui constituent probablement la *marque de famille*, sur laquelle l'auteur appelle particulièrement

l'attention (distribution particulière de l'affection des muscles des globes oculaires atteignant les droits internes et obliques supérieurs, le développement considérable de la musculature des membres inférieurs, les phénomènes pathologiques ayant précédé l'éclosion de l'ataxie héréditaire : traumatisme, affection fébrile, masturbation forcée.) R. CHARON.

LXIV. **Le syndrome de Little et la syphilis héréditaire**; par TOMMASI DE AMICIS. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Père et mère syphilitiques, ayant eu, avant l'infection, trois enfants bien portants. Au cours des accidents spécifiques, la mère fait trois avortements après lesquels elle est soumise à un traitement mercuriel et termine une nouvelle grossesse par un accouchement normal. L'enfant présente dès sa naissance de la rigidité spasmodique des membres inférieurs qui s'accentue progressivement sans s'accompagner d'aucun autre trouble physique ou intellectuel. R. CHARON.

LXV. **Polynévrite et polyomyélite**; par le professeur RAYMOND. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Leçon clinique fort intéressante tendant à répandre cette notion encore peu connue : « Une paralysie grave, plus ou moins généralisée, à marche aiguë ou subaiguë, accompagnée de douleurs spontanées ou provoquées, souvent très vives et de bien d'autres manifestations pénibles ou inquiétantes, aboutissant à une atrophie musculaire plus ou moins prononcée, à des rétractions tendineuses irrémédiables, peut être l'expression d'une simple névrite périphérique et d'une névrite radicalement curable. » Autrefois et souvent encore aujourd'hui cet ensemble symptomatique était mis sur le compte d'une myélite. Les conséquences de cette erreur peuvent être des plus regrettables et le point de diagnostic différentiel établi par le maître de la Salpêtrière est des plus importants. R. CHARON.

LXVI. **Maladie de Thomsen à forme fruste et avec atrophie musculaire**; par E. NOGUÈS et SIROL. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 1, 1899.)

Observation d'un cas délicat pouvant en imposer pour la myopathie primitive progressive. Quelques détails du tableau symptomatique judicieusement mis en relief, ont permis aux auteurs d'affirmer le diagnostic de maladie de Thomsen. R. CHARON.

LXVII. **Symptômes de myxœdème au début chez une femme antérieurement atteinte de goitre exophtalmique**; par le Dr Gautier. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898, n° 11.)

Le développement du myxœdème après la maladie de Basedow a été observé plusieurs fois dans ces dernières années. Chez la malade qui fait l'objet de ce travail l'apparition des symptômes myxœdémateux, quelques mois après la guérison d'une maladie de Basedow, paraît avoir coïncidé avec une atrophie fibreuse de la glande thyroïde. On s'explique ainsi qu'une insuffisance de la fonction thyroïdienne ait succédé chez elle à une excitation de la même fonction. Le traitement thyroïdien a, du reste, enrayé chez cette malade le développement des antécédents myxœdémateux.

G. D.

LXVIII. **Sur un cas d'hydrocéphalie hérédo-syphilitique** ; par le Dr Audeoud. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1899, n° 1.)

Observation d'un enfant, issu d'une mère syphilitique, qui, quatre mois après sa naissance, fut atteint d'un coryza, de syphilides maculeuses et de plaques muqueuses. Ces accidents disparurent sous l'influence de l'iodure et du mercure. A l'âge de quatre mois se montrèrent les symptômes d'une hydrocéphalie (augmentation du volume de la tête, nystagmus, perte de l'intelligence, *etc.*), qui guérit au bout d'un an grâce au traitement spécifique.

G. D.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

XI. **Un cas de tic rotatoire guéri par la psychothérapie**; par M. van Nenteighem. (*Journ. de Neurologie*, 1898, n° 11.)

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui était atteint d'un spasme des muscles sterno-mastoïdien et trapèze du côté droit. Tous les moyens de traitement, y compris l'élongation du nerf spinal, ayant échoué, on eut recours à des séances de suggestion pratiquées à l'état de veille et pendant le sommeil hypnotique, et le malade fut complètement débarrassé de son infirmité.

G. D.

XII. **Autothérapie psychique. Le recueillement. Utilisation de l'élément affectif** ; par M. P. Lévy. (*Presse médicale*, 8 octobre 1898.)

La psychothérapie tout entière repose sur le principe suivant : toute idée acceptée par le cerveau tend à se faire acte : toute idée est un acte à l'état naissant (Bernheim, Liébault). Elle comprend un ensemble de procédés qui permettent d'exercer, par la seule direction imprimée à l'élément esprit, une action, souvent extrêmement puissante, soit sur les troubles psychiques, soit sur les troubles physiques. Ces procédés se divisent en deux grands groupes, suivant qu'ils sont mis en œuvre par une personne autre que le sujet ou par le sujet lui-même; ce sont l'hétéropsychothérapie, d'une part, avec l'hypnotisme et l'hétéro-suggestion comme procédés fondamentaux; l'autopsychothérapie, d'autre part, dont l'auto-suggestion verbale, sans préparation, à l'état de veille, est l'élément le plus simple. L'autopsychothérapie, moins puissante que l'hétéropsychothérapie, mérite cependant d'être utilisée; l'auteur en a fait la base d'une éducation rationnelle de la volonté.

L'action de l'autosuggestion verbale peut être renforcée par divers moyens. M. Lévy consacre son travail à l'étude de deux d'entre eux, le recueillement et l'utilisation de l'élément affectif. Par le recueillement, état analogue à l'état de « charme » de Liébault, le sujet met à profit l'augmentation du degré de suggestibilité qui se produit chez lui dans un sommeil naturel léger. Ce sommeil léger est facile à obtenir, à n'importe quel moment, en s'isolant, en plaçant ses muscles dans un relâchement aussi complet que possible, et en concentrant toute son attention sur l'idée de dormir. Le sujet se trouve alors dans un état analogue au demi-sommeil du soir, quand on commence à dormir, ou du matin, quand on commence à s'éveiller. En s'isolant de tout ce qui peut amener la distraction des sens, il met en disponibilité la somme d'attention, auparavant consacrée à la production de sensations, de mouvements et d'idées. Que cette attention, ainsi rendue disponible, rencontre une idée sur qui elle puisse s'accumuler, et cette idée ainsi renforcée, verra s'augmenter, dans une très large mesure sa puissance de réalisation. Dans le recueillement, la concentration de l'esprit est dirigée sur les suggestions que le sujet se fait. Ces suggestions, celui-ci les formule mentalement ou de préférence à voix haute ou demi-haute, les matérialisant pour ainsi dire, à l'occasion, par des attouchements ou des frictions de la région souffrante. Si léger que soit le sommeil, l'esprit sera toujours capable d'une concentration plus grande qu'à l'état de veille. La répétition de ces exercices de sommeil léger et d'auto-suggestion facilite cette concentration et donne aux suggestions une plus grande efficacité.

Le deuxième moyen de renforcer l'auto-suggestion, étudié par l'auteur, réside en l'utilisation de l'élément affectif. Le sujet cherche à se rendre maître de ses émotions, de ses sentiments, de quelque nature qu'ils soient, à les arrêter, à les provoquer, ou à les faire dévier de leur cours normal, de façon à endiguer, pour ainsi dire, l'énergie, la force nerveuse qu'ils représentent et qui, sans cela, resterait le plus souvent inutilisée ou même se transformerait en actes nuisibles. Cette énergie, ainsi endiguée, pourra être utilisée dans un but thérapeutique d'ordre physique ou psychique et servir à renforcer des idées, des suggestions préalablement choisies.

A. FENAYROU.

XIII. Trépanation dans l'épilepsie.

Le Central Blatt für Nervenheil kunde und psychiatrie de janvier dernier, à propos du compte rendu de la thèse de notre collaborateur M. Rellay, intitulé : *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie*, fait la remarque suivante : « Les résultats furent naturellement mauvais, *ce qui ne surprendra aucun neurologiste, en Allemagne.* » Il ressort de cette citation que dans ce pays, la trépanation comme traitement de l'épilepsie, n'est pas en grand honneur.

XIV. Médication thyroïdienne; par R. HUTCHINSON et William MAC LENNAU. (*Britsh medical journal*, juillet 1898.)

Ce sont deux articles distincts, le premier au point de vue général et pharmaceutique, l'autre plus spécialement clinique et concernant l'action de la thyroglandine dans l'obésité et myxœdème. Dans les mêmes numéros de juillet, deux cas de *médication séro-antitoxique* pour le tétanos, par Hale et B. Margon. A. MARIE.

XV. Trépan et épilepsie traumatique; par Crawford RENTON. (*Quaterley Medical journal*, juillet 1898.)

L'auteur relate quatre cas d'épilepsie Jacksonnienne. Le trépan a servi à l'évacuation de collections sanguines récentes et la *plaque osseuse a été remise en place*, pratique constante que préconise l'auteur et qui distingue absolument son opération de la craniotomie. Il recommande l'examen préalable des urines pour éviter d'opérer des malades en puissance d'accidents inflammatoires. A. M.

XVI. Myopathie primitive. Examen électrique. Amélioration par le suc musculaire; par Félix ALLARD.

Histoire clinique d'une myopathie primitive progressive chez un enfant de 10 ans, et notablement améliorée par des injections de

liquide musculaire obtenu par une macération au 5e. Chose remarquable, l'amélioration porte surtout sur les muscles les plus gravement atteints.

La coexistence chez le malade des troubles trophiques musculaires et de certaines malformations congénitales (hernie inguinale, ectopie testiculaire) vient à l'appui de l'hypothèse souvent soutenue par M. Brissaud, à savoir que les atrophies musculaires peuvent être, comme les arrêts de développement, commandées par une altération des centres trophiques remontant à la période fœtale. (*Revue neurologique*, oct. 1898.) E. B.

XVII. **Chirurgie chez les femmes aliénées au Canada**; par le Dr BUCKE.

Les affections utéro-ovariennes sont susceptibles d'intervenir comme cause dans la folie et, dans un certain nombre de cas leur guérison peut amener la disparition du trouble mental. Les statistiques de l'auteur apportent une contribution intéressante à l'histoire des opérations chirurgicales chez les aliénées. Sur 16 hystérectomies, il y eut 4 guérisons du trouble mental et 3 améliorations;

Sur 12 ovariotomies, il y eut 7 guérisons du trouble mental et 4 améliorations;

Sur 22 redressements de l'utérus, il y eut 4 guérisons du trouble mental et 9 améliorations;

Sur 30 opérations relatives au col de l'utérus, principalement des amputations, il y eut 12 guérisons du trouble mental et 9 améliorations;

Sur 21 curettages de l'utérus, il y eut 12 guérisons du trouble mental et 2 améliorations;

Enfin sur 8 opérations pour des lésions vaginales, il y eut seulement 3 améliorations du trouble mental.

Les affections des ovaires, du col utérin et de la muqueuse utérine paraissent donc avoir dans la production des troubles mentaux un rôle plus actif que les autres affections utéro-ovariennes, puisque leur guérison a été plus fréquemment accompagnée de la guérison ou de l'amélioration du trouble mental. (*American journal of insanity*, juillet 1898.) E. B.

XVIII. **Trois cas de pollakiurie psychopathiques guéris par suggestion**; par J. CROCQ. (*Journ. de neurologie*, 1898, n° 24.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Xe Session. — *Marseille*, *avril* 1899.

La première séance du Congrès de Marseille s'est ouverte mardi, à 10 heures, sous la présidence de M. le Dr Flaissières, maire de Marseille, au Pharo, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. M. Floret, préfet des Bouches-du-Rhône, M. Cossac, procureur de la République, M. le Dr Livon, directeur de l'Ecole de Médecine, M. Drouineau, inspecteur général des Asiles, M. le Dr Doutrebente, président du Congrès, et M. le Dr Boubila, secrétaire général, sont assis au bureau. Un grand nombre de médecins et de notabilités de la ville sont venus souhaiter la bienvenue aux congressistes. Dès l'ouverture de la séance, M. Flaissières, maire de Marseille prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai le très grand honneur d'ouvrir la dixième session de votre Congrès. Vous vous êtes réunis plus nombreux que jamais ; chacun d'entre vous apporte une égale volonté à contribuer à l'œuvre commune. Vous venez apporter à l'édifice scientifique le résultat loyal de vos recherches patientes, éclairées. Vous proposerez à l'examen critique de tous, le fruit de vos travaux personnels, de votre expérience de chaque jour, et, avec ce désintéressement absolu dont s'honore la science, vous aurez ajouté de nouvelles et précieuses formules destinées à combattre, à vaincre la maladie.

Vous, messieurs les médecins neurologistes vous étudiez et soignez les maladies nerveuses qui n'altèrent pas, du moins en apparence, l'état intellectuel et mental de l'individu. Vous aurez, sans doute, apporté un contingent important à l'œuvre du Congrès. Ample doit être, en effet, pour vous la moisson, en cette fin de siècle dont le surmenage ne sera pas un des moindres caractères se traduisant par une infinité de formes au milieu de conditions sociales multiples ! Mais combien j'ai hâte d'ajouter que l'impor-

tance que vous avez prise dans le tournoi scientifique est due à d'autres causes que la multiplicité des sujets que vous étudiez et que vous soignez ! Votre haute valeur fait l'admiration des savants ; elle inspire aux malheureux malades la confiance et l'espoir ; c'est avec joie que je rends hommage aux praticiens éminents, aux professeurs déjà célèbres qui représentent, avec tant d'autorité, la neurologie et que je vois prenant part à votre Congrès.

Vous avez su, chers confrères et maîtres, pénétrer les secrets restés si longtemps insondables des maladies du cerveau et de la moelle. Il n'est pas un symptôme que vous n'ayez analysé, auquel vous n'ayez donné sa nette et véritable signification. Vous avez pénétré avec la micrographie dans les molécules elles-mêmes des organes qui font l'objet de vos études, vous vous êtes approprié bien promptement, pour les appliquer à la guérison des maladies, toutes les découvertes de la physiologie. Et, qui pourrait affirmer que vos savantes inductions n'ont point, à leur tour, servi de guide à la physiologie elle-même dans son évolution et éclairé bien des points obscurs dont se trouve parsemée cette science des phénomènes mystérieux de la vie ? Aussi suivez-vous avec sûreté la voie qui vous est tracée ; aussi voyons-nous chaque jour la précision se substituer à l'à-peu-près dans votre diagnostic, tandis que vous fixez judicieusement les indications du traitement, faisant ainsi succéder la période rationnelle à la période du tâtonnement et du hasard.

Au surplus, si le fonctionnement normal du cerveau et de la moelle, si les maladies de ces organes recèlent encore quelques problèmes non résolus, si en raison d'une science incomplète, l'homme doit subir encore, sans défense utile, certains assauts de la maladie, l'union des médecins neurologistes et aliénistes, dans une étude commune, hâtera certainement la solution favorable.

Votre ardeur à chercher la vérité, Messieurs les médecins aliénistes, est égale à celle de vos collaborateurs, et je salue ici, à la fois, les savants, les hommes de cœur dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce, et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement.

Est-il rien de plus triste, de plus digne de pitié, que le sort des malheureux que vous recevez dans vos asiles ? Mais est-il rien de plus admirable, de plus consolant, que la sollicitude dont vous les entourez ? Combien nous sommes loin, par la science, des conceptions erronées que se faisaient de l'aliénation mentale, ou les anciens qui l'attribuaient aux dieux, ou les populations du Moyen Age terrorisées par les visions de l'*au-delà* et qui la mettaient sur le compte du diable ! Combien aussi, nous sommes loin, et heureusement, des méthodes de traitement, inertie ou tortures inspirées par de telles conceptions ! A Pinel, à Esquirol, à Aubanel, à Sauze,

à leurs disciples, la reconnaissance des générations qui les suivront.

Honneur à vous, Messieurs, qui continuez l'œuvre de science et d'humanité ! Merci pour ceux auxquels votre expérience éclairée rend quelquefois la raison, merci plus encore pour ceux que la maladie, la maladie implacable a frappés pour jamais, devenus objets inertes, repoussants ou redoutables, et auprès desquels votre inépuisable bonté se manifeste comme un suprême témoignage de la solidarité dans la souffrance humaine...

Et voilà pourquoi, Messieurs, au nom de la généreuse population de Marseille, éprise de tout ce qui est beau et grand, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue parmi nous !

M. Doutrebente répond, dans le discours suivant très apprécié et coupé par de nombreux applaudissements :

Mesdames, Messieurs,

Le premier devoir du président du 10e Congrès de Médecine mentale et de neuropathologie est de remercier, en votre nom, le président du congrès d'Angers, M. le Dr Motet, qui après avoir dirigé vos travaux l'an dernier avec tant de tact, de dignité et de charme, a bien voulu étendre son action tutélaire à la préparation et à l'organisation du Congrès actuel.

Je n'ignore point que de tels précédents sont redoutables et faits pour intimider les plus vaillants ; j'en fais aujourd'hui l'expérience.

Appelé par vos suffrages à prendre la situation où M. le Dr Motet a bien voulu me conduire et m'installer de sa main à l'étreinte loyale et quasi paternelle, j'ose m'inspirer des exemples et des conseils dont il fut prodigue à mon égard, en toute circonstance, depuis trente années.

Pénétré de l'idée qu'on peut lui succéder sans songer à le remplacer, je me résigne à tenir le rôle modeste et relativement facile d'un élève respectueux de la tradition et des exemples du maître incomparable dont vous appréciez tous les relations aussi agréables que sûres et cordiales.

Que si, jusqu'à présent, nos Congrès annuels ont réussi au delà de toute espérance, une grande part vous en revient assurément mes chers collègues ; mais vous n'ignorez pas et j'estime avec vous, que la réussite a toujours été préparée et assurée par les dévoués secrétaires généraux que furent MM. Parant, Régis, Giraud, Hospital, Mabille, Vernet et Petrucci.

Il en sera de même à Marseille où votre président a eu la bonne fortune de rencontrer, comme secrétaire général, un excellent confrère et ami de la veille, le Dr Boubila ; il savait, en effet, qu'il

pouvait en toute sécurité escompter à l'avance, son activité, son intiative, son influence locale, que le temps et l'ancienneté des services rendus, dans le même lieu, procurent à ceux, qui comme lui dévoués à leurs malades et aux intérêts de notre corporation, contribuent aussi à en relever le niveau moral par la dignité de leur vie.

Dans chaque région, nous avons toujours trouvé l'indispensable cheville ouvrière du congrès, le secrétaire général ; mais il est encore un élément de succès chaudement apprécié et que nous savions également exister à Marseille ; je fais allusion, Mesdames, au rôle gracieux que vous savez si bien tenir dans nos congrès et que vous tiendrez ici avec le concours précieux de M[me] Boubila dont je signale respectueusement la présence à cette séance d'inauguration.

Je ne sais, mes chers collègues, si vous avez souvenance d'un toast porté, en un précédent congrès, à la maîtresse du médecin. Vous vous rappelez certainement combien fut grande notre anxiété pendant quelques minutes et avec quels soupirs de soulagement nous accueillîmes le nom de cette maîtresse, c'était *la Science*, c'est qu'on pouvait s'y tromper, on nous en connaît au moins une autre avec laquelle Puissants et Humbles, doivent aujourd'hui compter sinon flirter, c'est *la Presse*.

Disons tout de suite qu'elle nous fût toujours fidèle, qu'elle a constamment pris soin d'annoncer nos congrès, de publier tous les documents et les renseignements dont les congressistes pouvaient avoir besoin et qu'enfin, sans mesurer jamais le nombre et l'étendue des communications, elle en a publié des comptes rendus aussi attrayants qu'impartiaux.

Nous comptons sur vous, Messieurs de la Presse, comme vous pouvez compter sur tous les membres du bureau pour vous faciliter les devoirs pénibles de votre profession, devoirs qui se continuent souvent aux heures où vous auriez bien le droit de vous distraire ou reposer.

Mesdames, Messieurs,

Marseille n'est pas seulement la grande ville, la métropole industrielle et commerciale où se font les grands échanges économiques des produits récoltés ou manufacturés dans le nouveau et l'ancien continent, le Nord et le Midi, l'Orient et l'Occident ; c'est aussi la ville antique, riche en gloire et en souvenirs historiques, où les arts, les sciences et les lettres sont cultivés avec un soin jaloux. Je n'en veux pour preuve que l'empressement que tous ici, administrateurs, médecins ou corps élus ont mis à accueillir les congrès scientifiques de l'avancement des sciences en 1891, de gynécologie en 1898 et le nôtre enfin en 1899.

C'est qu'en effet, à Marseille, sans parler plus longtemps de ce

qui n'est pas relatif à notre spécialité, nous trouvons dans le passé et le présent des hommes de science, dont le savoir et le dévouement ont contribué dans une large part à l'extension de notre domaine scientifique et à l'amélioration du sort des aliénés.

AUBANEL et SAUZE, parmi ceux qui ne sont plus, attirent tout d'abord l'attention et s'imposent à nos souvenirs.

Aubanel, né à Auriol (Bouches-du-Rhône) le 4 novembre 1811, étant fils et petit-fils de médecin vint habiter Paris en 1833 pour y étudier la médecine; interne des hôpitaux en 1836, il sollicita et obtint une place d'interne à Bicêtre dans le service de Ferrus, à l'époque où l'enseignement du maître était recherché par un grand nombre d'élèves, qui devinrent plus tard les chefs de service dans les asiles d'aliénés de France dont Ferrus a dirigé et surveillé la création ou la réorganisation.

Initié par Ferrus à la pratique des maladies mentales, Aubanel fut en 1840 nommé médecin adjoint du Dr Guiaud, qui seul jusqu'alors avait été chargé du service médical des hospices Saint-Lazare et Saint-Joseph, où étaient placés les aliénés de Marseille et des environs.

La comparaison entre la condition des aliénés à Bicêtre et à la ferme Sainte-Anne avec ce qu'elle était aux hospices Saint-Lazare et Saint-Joseph, fut des plus pénibles pour Aubanel; il en fut révolté, indigné, et fut cependant assez heureux pour décider l'administration des Bouches-du-Rhône à la création de l'asile Saint-Pierre. Le Dr Guiaud ayant pris sa retraite, Aubanel fut nommé médecin en chef du nouvel asile en 1843 et même, par suite de la terreur qu'inspirait au directeur Domadieu, le transfert des aliénés d'un établissement à l'autre, Aubanel fut directeur intérimaire pendant la période d'installation, et ce n'est qu'après avoir tout prévu, tout organisé et mis en marche, qu'il demanda lui-même à être relevé de ses fonctions de directeur en faveur d'un homme qui sut s'inspirer de son exemple et de ses conseils.

En récompense de ses éclatants services, Aubanel était nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1852; secrétaire, puis président de la Société de médecine de Marseille, il fut encore placé à la tête du Comité médical des Bouches-du-Rhône, une œuvre de bienfaisance en faveur des médecins éprouvés par des revers de fortune ou la maladie. Pour cette œuvre Aubanel se dépensa largement; il en était pendant sa vie le bienfaiteur anonyme et pour que le bien qu'il avait fait fût continué après lui, il légua à ce comité médical une somme de 4.000 francs.

Les dernières années d'Aubanel furent pour lui terribles et particulièrement douloureuses, il eut le malheur de voir successivement mourir ses deux filles, ce dont il demeura inconsolable. Enfin, une plainte en séquestration arbitraire faite contre lui par un médecin de Marseille vint mettre le comble à ses chagrins. Un instant

Aubanel sembla se raidir contre la mauvaise fortune, il porta la question devant le Conseil d'État qui, après en avoir délibéré, mit la haute honorabilité d'Aubanel en dehors de toute atteinte. Le 23 janvier 1863, Aubanel, âgé de cinquante-deux ans seulement, fut emporté par une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

Mme Aubanel, en souvenir de son mari, a fondé sous ce nom un prix triennal à la Société médico-psychologique de Paris. Si j'ai exposé aussi rapidement la vie d'Aubanel, c'est à contre-cœur ; car rien ne me paraissait plus facile à faire que l'éloge du savant, de l'homme de bien et du fonctionnaire idéal, imbu des principes éternels de vérité, de justice et de solidarité humaine; mais il m'a semblé que ce qui avait été fait et d'une façon si complète et si remarquable, une première fois à Marseille en 1863 par Dr Barthélemy et une seconde fois à Paris, en 1876, par M. le Dr Motet, parlant au nom de la Société médico-psychologique, ne devait plus être tenté sans porter atteinte au souvenir « d'une existence faite tout entière de volonté patiente, d'honnêteté, de droiture, où les vertus domestiques transportées de la vie privée dans la pratique de la médecine, semblent avoir également servi à se bien conduire et à travailler bien ». (Motet, *Éloge d'Aubanel.*)

Le Dr Thore, un ami de la première heure, a publié, lui aussi, une esquisse nécrologique et une étude sur les travaux scientifiques d'Aubanel, elle a paru en 1863 dans les Annales médico-psychologiques ; on y trouve avec des considérations d'ordre supérieur des indications pratiques en matière de médecine légale des aliénés.

Parmi les collaborateurs d'Aubanel, nous trouvons le Dr Sauze, bien connu des médecins aliénistes de notre génération. Sauze (Jehain-Victor-Alfred), est né à Marseille, le 16 janvier 1828 ; son père, homme d'une grande érudition, était chef de division à la préfecture ; il consacrait ses loisirs à l'éducation et à l'instruction de son fils, qui termina ses études secondaires au lycée de Marseille.

A vingt-quatre ans, Sauze, après de brillants examens, obtenait son diplôme de docteur à la faculté de médecine de Paris et était en 1852 nommé médecin adjoint à l'asile Saint-Pierre; il ne fut nommé médecin en chef que dix-sept ans plus tard, c'est-à-dire en 1869, à l'époque où il s'était créé à Marseille une brillante situation comme médecin des prisons, des postes, des douanes, et comme secrétaire de la Société de médecine de Marseille.

L'administration centrale, en le nommant un jour directeur-médecin de l'asile de Châlons, lui donna l'occasion de se rendre indépendant en abandonnant la carrière pour laquelle il était si bien préparé.

Placé en congé illimité, il eut la générosité, pour déférer aux désirs de l'administration, de faire pendant plusieurs années un service quotidien au quartier des femmes de l'asile Saint-Pierre.

Pourvu du titre de médecin honoraire des asiles d'aliénés, Sauze, qui n'avait jamais voulu quitter Marseille, où il était né et où il s'était marié, fondait en 1876, au Canet, la première maison de santé consacrée au traitement des maladies mentales et nerveuses; son initiative et ses efforts furent couronnés de succès bien légitimement acquis.

En 1878, Sauze devint adjoint au maire de Marseille en raison de l'estime et de la considération générale dont il jouissait dans sa ville natale, exception louable et toute en sa faveur. Les publications scientifiques de Sauze, trop longues à énumérer et étant d'ailleurs bien connues de vous, mes chers collègnes, j'ai tenu à vous en éviter la lecture ; je me contenterai de vous indiquer que les faits observés par Sauze et les remarquables considérations, cliniques qui les accompagnent sont de toute actualité, puisqu'il s'est particulièrement préoccupé des rémissions déconcertantes qui surviennent dans le cours de la paralysie générale confirmée et surtout des paralysies progressives avec ou sans délire qu'on observe de préférence dans la clientèle de ville et les hôpitaux ordinaires, ajoutons enfin que son mémoire sur la stupidité publié en 1854, contient en substance ce qui paraît aujourd'hui sous le nom de confusion mentale.

Le Dr Sauze mourait prématurément en 1884, à l'âge de cinquante-six ans, entouré de l'estime de ses concitoyens, de ses confrères de Marseille et de tous les aliénistes de Paris et de la province ; l'homme privé a laissé des souvenirs inoubliables et des amitiés non encore lassées ainsi que me l'a écrit le Dr Audiffrent et me l'ont affirmé tant d'autres, qui m'ont vanté l'aménité de son caractère, son esprit cultivé et primesautier et enfin ses sentiments exquis de bonne confraternité.

Il ne reste pas seulement de Sauze des travaux scientifiques, amis fidèles, il reste mieux encore, il reste des souvenirs et des témoignages vivants, des parents, une fille, en tout point digne d'un tel père et mariée à un grand industriel, chevalier de la Légion d'honneur, bien connu et hautement apprécié dans le tout Marseille; c'est un remarquable représentant de cette caste, la seule admissible de nos jours, la caste des hommes utiles.

Dois-je encore vous dire, mes chers collègues, qu'avec des savants comme le regretté Prosper Despine, on retrouve à Marseille un élève direct et favorisé qu'Auguste Comte enleva à l'École polytechnique pour lui faire étudier la médecine ; j'ai nommé le Dr Audiffrent.

Vous parlerais-je du Dr Lachaux, un de nos doyens, élève de Morel, dont ce dernier me parlait souvent et qu'il avait en grande estime ; son fils, ancien interne des asiles de la Seine, a consenti à prendre dans le comité d'organisation les ingrates fonctions de trésorier. Je vous livre leurs noms en vous souhaitant de les connaître

pendant votre séjour à Marseille. Je n'oublie point le Dr Grenier, qui, malade et alité, m'a exprimé tout le chagrin qu'il avait de ne pas suivre vos travaux ; au nom de l'Association des anciens internes des asiles de la Seine, je lui adresse les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de sa santé.

Je devrais peut-être aussi vous signaler tous nos confrères de Marseille qui forment au comité d'organisation une escorte nombreuse, utile, précieuse et fort enviable ; mais je ne veux pas plus longtemps mettre votre patience à contribution.

Monsieur le Maire,

Nous ne pouvons pas aujourd'hui, dans un congrès médical, oublier que le maire de Marseille est un médecin, un confrère ; nous savons tous qu'il apporte dans l'exercice de ses fonctions municipales, avec les sentiments humanitaires, dont tout médecin est imprégné, une grande élévation d'esprit, un grand amour de la justice et qu'il s'efforce de réaliser les idées prédominantes actuelles : *la recherche du mieux dans l'amélioration du sort de chaque citoyen.*

Ces idées sont les nôtres, Monsieur le Maire, et nous les appliquons aux plus deshérités, aux plus incapables, aux êtres privés du plus noble de nos attributs, la Raison.

Au nom du comité d'organisation et des membres du congrès, nous vous prions, Monsieur le Maire, de recevoir et de faire agréer aux conseillers municipaux de Marseille notre salut cordial et nos sentiments de gratitude pour les témoignages d'intérêt que nous avons reçu par votre généreuse intervention.

Monsieur le Préfet,

Je ne saurais trop vous remercier de l'empressement que vous avez mis à nous faciliter l'organisation du Congrès actuel et de l'accueil bienveillant que vous avez bien voulu faire au président du congrès lorsqu'il vint à Marseille tâter le terrain, prendre pied et entrer en relation avec les membres du comité d'organisation ; vous avez aplani, par votre intervention, nombre de difficultés et consenti, malgré la précipitation de nos démarches, à nous appuyer et à rendre possible une tâche qui, tout d'abord, paraissait au-dessus de nos forces.

La plupart d'entre nous, venus de tous les points du territoire français, sont des fonctionnaires dévoués aux institutions qui nous régissent et sont très honorés de saluer en vous le représentant du gouvernement de la République dans le département des Bouches-du-Rhône.

Monsieur le Président du Conseil général,

Nous avons la mission bien agréable de vous exprimer notre

gratitude pour la gracieuse et importante subvention qui nous a été allouée par le Conseil général; cette délicate attention nous démontre que vous vous intéressez aux travaux que nous poursuivons en commun, l'amélioration du sort des aliénés.

Recevez donc nos remerciements et veuillez faire agréer aux conseillers généraux du département l'hommage respectueux des membres du congrès.

Monsieur l'Inspecteur général,

Monsieur le Ministre de l'Intérieur, qui s'intéresse toujours à nos travaux, vous a désigné cette année pour le représenter à Marseille, comme il l'avait déjà fait pour les congrès de la Rochelle et de Toulouse.

Nous sommes enchantés de vous revoir au milieu de nous, cher monsieur Drouineau, toujours aussi actif, prêt à partager nos travaux et à nous prodiguer les bons conseils et les encouragements.

Et vous tous, mes chers collègues, adhérents du Congrès, au nom du Comité d'organisation, recevez toutes nos félicitations; merci d'avoir répondu à notre appel, d'avoir compris qu'avec l'intention bien arrêtée de travailler sans relâche à l'extension de notre domaine scientifique, vous n'avez pas oublié que, pour travailler utilement, *l'union est nécessaire dans toutes les corporations*, que le travail en commun s'impose souvent et qu'il a, en tout cas, l'avantage primordial de nous présenter les uns aux autres, de créer entre nous des relations suivies, de nous faire connaître et, par suite, estimer réciproquement à notre juste valeur.

Puis, au nom du Gouvernement qu'il a mission de représenter, M. le D[r] Drouineau félicite les congressistes qui sont accourus de tous les points de la France.

Le président, avant de lever la séance, annonce que la prochaine réunion aura lieu à 2 heures très exactement : Formation du bureau, exposé du rapport du D[r] Anglade.

Séance du 4 avril (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

La deuxième séance a eu lieu à 2 heures et sa première partie a été occupée par la formation du bureau et la nomination des vice-présidents. M. le D[r] Petrucci, secrétaire général du Congrès d'Angers, a rendu ses comptes de gestion et, en l'absence du D[r] Motet, président du Congrès d'Angers, M. le D[r] Ritti, ancien président, a présidé à l'installation du nouveau président, M. le D[r] Doutrebente.

Ont été nommés présidents d'honneur : M. le Ministre de

l'Intérieur, M. Monod, directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Livron, directeur de l'École de médecine, M. le Dr Kackenko, de Nijni-Novgorod, M. le Dr Martin de Juove, Genève, etc.; vice-présidents : MM. les Drs Mabille, Audiffrent, Rey et Maunier; secrétaires des séances : MM. les Drs Antheaume, Fenayrou et M. Caussa.

Une commission comprenant MM. Ballet, Ritti, Joffroy, Régis, Arnaud, est également chargée de choisir les questions mises à l'étude pour le prochain Congrès de 1901 et de désigner les rapporteurs. Après une légère discussion, il est décidé qu'il est préférable d'attendre, pour désigner les sujets mis à l'étude, la fin du Congrès international de 1900.

M. le Président adresse ses remerciements au Dr Livon, directeur de l'École de médecine, qui a bien voulu avec tant de bonne grâce et de cordialité, nous ouvrir toutes grandes les portes de l'École de médecine. Au nom de tous les membres du Congrès, je lui adresse publiquement l'expression de notre gratitude pour le service incomparable qu'il veut bien nous rendre.

Sur la demande de M. Doursout, directeur médecin de l'asile de Naugeat, Limoges est choisi pour le Congrès de 1901.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Anglade, qui expose son rapport avec une grande clarté et beaucoup de précision.

DES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS SECONDAIRES

M. Anglade, rapporteur, a insisté sur les notions de pathologie générale qui pouvaient aider à mettre un peu d'ordre dans une question aussi complexe, cette question l'est certainement; car, les éléments de sa discussion se dispersent à travers la médecine mentale tout entière. Bien plus, ces éléments n'ont pas pour tout le monde la même valeur. Aussi, la variété des solutions qu'elle a reçues n'est-elle peut-être que le résultat d'un malentendu. Pour le faire cesser, il faut se placer assez haut, et regarder d'assez loin pour embrasser, d'un même coup d'œil, toute l'étendue du sujet. Faire de la pathologie générale ne s'appelle point faire de la psychologie pure. L'auteur a voulu faire de la synthèse clinique. Les opinions et les faits, discutés à la lumière de saines notions de pathologie générale, lui semblent perdre de leur obscurité et il paraît possible de se reconnaître même dans cette question des délires systématisés secondaires. Elle peut se résumer

sous forme de conclusions qui doivent servir de base aux discussions du Congrès.

Il existe des délires systématisés, développés sur des états secondaires aux principales formes d'aliénation mentale, notamment à la manie, à la mélancolie, à la folie à double forme, aux névroses et aux intoxications. La réalité clinique de ces formes psychopathiques est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Dans notre psychiatrie même, où les délires systématisés secondaires ne sont pas en honneur, ils y sont cependant représentés par le délire des négations, de conception essentiellement française. Mais on ne s'accorde pas sur le degré d'importance qu'il convient de leur attribuer. Il suffira de comparer l'opinion de Krafft-Ebing, qui les considère comme des formes de démence, à celle de Tonnini qui les assimile à la paranoïa. La vérité se trouve peut-être entre ces deux opinions extrêmes.

1° *Délires systématisés secondaires à la manie.* — Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Elles ne s'associent jamais entre elles, se contredisent même souvent. Par leur nature, elles représentent les préoccupations antérieures du malade ou les idées délirantes nées pendant l'accès psychonévrotique. Cette systématisation rudimentaire s'effectue, non à la faveur de la démence proprement dite, mais de la déchéance des facultés d'association, de critique, etc. Les délirants systématisés postmaniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social. Ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique, et s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° *Délires systématisés secondaires à la mélancolie.* — Ils sont, de tous les délires systématisés, les plus importants et les plus nombreux. La mélancolie, sous toutes ses formes et à ses diverses périodes, se complique de délires systématisés dont la systématisation est quelquefois si parfaite, que le diagnostic entre la mélancolie et la paranoïa, présente des difficultés. En ne tenant compte que des délires qui apparaissent secondairement à l'accès psychonévrotique, on peut les diviser en trois groupes :

A. Les délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation. Ces formes, les plus simples et les moins graves, pourraient être, à la rigueur, considérées comme la suite naturelle d'un accès psychonévrotique dont quelques-unes des idées délirantes s'attardent et se systématisent avant la guérison. Nous sommes en droit

de les considérer aussi comme des formes de transition entre les mélancolies franches et celles qui aboutissent à des délires systématisés secondaires plus parfaits et plus stables, avec d'autant plus de raison que le passage de l'une à l'autre de ces formes s'observe, chez le même malade, après plusieurs accès.

B. Les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives. Ces délires, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont, en somme, à leur place ni dans l'une ni dans l'autre de ces maladies mentales. En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique. Comment reconnaître la paranoïa, distinguer ce qui revient à la psychonévrose? Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. Paranoïa veut dire : une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé qui en est le symptôme le plus fréquent mais non constant. En des termes différents, cette constitution spéciale est reconnue par la presque unanimité des aliénistes. Ses caractères sont : orgueil exagéré, méfiance excessive. Développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social; affaiblissement de la faculté de jugement, de critique, etc... La paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, sans même une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif. La psychonévrose mélancolique est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délires systématisés secondaires post-mélancoliques. Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'état paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments, découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.

C. Un troisième groupe comprend les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif. Le délire des négations en est le prototype. Ces délires offrent des caractères communs. Ils se manifestent, après plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent évidemment à des altéra-

tions anatomiques du système nerveux périphérique et central. Le délire interprète des sensations réelles. Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Leurs caractères ne sont pas faits pour contredire cette manière de voir. Il est possible que les troubles viscéraux, qui se rencontrent fréquemment au début des psychonévroses mélancoliques, favorisent la production des poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire. En sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Il faudrait alors faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième élément : l'élément toxique. Car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut. Il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° *Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.* — Les délires systématisés affectionnent particulièrement les formes intermittentes de la folie. Cela est vrai aussi pour la folie à double forme. On y a observé des délires de négation. Nous avons nous-même rapporté l'observation d'un malade qui, après quelques accès de mélancolie et de manie, est devenu un délirant systématisé. Et le délire empruntait ses caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° *Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.* — Les névroses sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué. Cela veut dire qu'un délire systématisé, lié à une névrose, se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité. Ceux-ci porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent. Les intoxications, l'alcoolisme, par exemple, influencent le système nerveux périphérique, éveillent des sensations pénibles dont l'interprétation pourra donner lieu à un délire systématisé. Mais, encore ici, le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen. Les mêmes considérations s'appliquent aux maladies viscérales, aux diathèses, etc. A. Marie.

M. Vallon proteste contre l'interprétation, que lui prête le rapporteur, de la pensée de Cotard au sujet du délire des négations. Au contraire, il pense que Cotard ne considérait le délire des négations que comme une phase de l'évolution du délire mélancolique, il n'a pas dit que Cotard considérait ce délire comme une entité morbide. De reste Cotard n'admettait pas un seul mais plusieurs délires chroniques. La différence radicale qui sépare les délires systématisés secondaires à la manie et ceux consécutifs à la

mélancolie, c'est que dans les premiers le délire se réduit à quelques idées qui restent seules du délire primitif. Tandis que chez les mélancoliques il y a une véritable systématisation qui se fait par une évolution lente et progressive.

Enfin, dans son rapport, M. Anglade avance que l'École française admet que le délire chronique évolue sur un terrain normal ; ceci est l'opinion de M. Magnan et cette opinion a été vivement combattue à la Société médico-psychologique par MM. Ball, Falret, Séglas, Doutrebente, M. le Dr Magnan ne représentant pas à lui seul toute l'École française; et même sur cette question tous les élèves de M. Magnan ne sont pas d'accord avec leur maître. Ainsi M. le Dr Legrain a établi que des délires systématisés progressifs pouvaient évoluer sur des terrains dégénératifs, et ce faisant, il n'a fait que mettre au point l'état de la question.

M. Régis répond en quelques mots au rapport du Dr Anglade. Son attention a été attirée depuis longtemps sur les délires systématisés secondaires par l'examen des vieux mégalomanes des Asiles dont beaucoup n'étaient que d'anciens maniaques. Il a signalé et décrit sommairement dans son *Traité des maladies mentales* (2e édition, 1892), les délires systématisés secondaires post-maniaques et post-mélancoliques, tels que les entendent les aliénistes étrangers; il n'est donc pas tout à fait exact, comme le dit M. Anglade dans son historique, qu'à aucun moment, la question des délires secondaires n'a été envisagée en France jusqu'à ce jour.

La doctrine de la constitution paranoïenne des auteurs italiens, que le rapporteur a clairement exposée et à laquelle il s'est rallié au moins dans son principe, n'est encore qu'une pure théorie. Elle rend l'explication des faits logique et facile, mais elle repose essentiellement sur une hypothèse, celle d'une constitution spéciale qu'il est difficile de reconnaître par des signes précis avant la manifestation du délire.

Cette théorie même, malgré son élasticité, ne saurait expliquer tous les faits. Contrairement à l'opinion du rapporteur et d'accord en cela avec certains étrangers, Régis croit que les délires systématisés post-maniaques sont plus fréquents que le délire systématisé post-mélancolique. Il est important à ce point de vue de distinguer les délires secondaires en précoces et tardifs. Les premiers, ceux qui surviennent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, n'ont, en effet, ni les mêmes caractères, ni la même gravité que ceux qui n'apparaissent qu'après plusieurs années. Or, si les précoces sont plus fréquents après la mélancolie, les tardifs, les plus typiques et les plus vrais pour lui, se rencontrent le plus souvent après la manie. Une enquête faite sur les vieux psychonévrotiques des asiles pourrait le démontrer.

Il existe pourtant des mélancoliques qui font du délire systé-

matisé secondaire après de longues années, mais ils sont rares. Régis n'en a observé qu'un cas se rapportant à un prêtre, héréditaire, qui, après un an de mélancolie franche, a commencé de manifester des idées de persécution liées à des hallucinations multiples et très actives et finalement des idées de grandeur, tout en conservant un fonds mélancolique avec paroxysme aigu rappelant la lypémanie du début.

Ce cas montre, ainsi que l'ont dit MM. Séglas et Anglade, que les délires systématisés post-mélancoliques sont en rapport avec des troubles sensoriels intenses. Il prouve aussi que, contrairement à l'opinion de Krafft Ebing, ces malades ne sont pas des déments, car le sujet en question, à 60 ans d'âge, et après 30 ans de délire, a pu, entre autres choses, apprendre et retenir une langue étrangère.

En ce qui concerne le délire des négations, on ne saurait le considérer comme constituant essentiellement un délire systématisé secondaire, il est souvent, en effet, primitif, notamment chez ces malades négateurs d'emblée dont a parlé le rapporteur, et qui sous l'influence de l'auto-intoxication ou d'autres causes ont des troubles gastro-intestinaux, de l'anesthésie viscérale, ou même des lésions du système nerveux. Ici, il est incontestable que le délire des négations est primitif et qu'il a pour cause primordiale et efficiente un substratum anatomo-pathologique dont la guérison suffit à faire disparaître le trouble mental. Que devient, dans ce cas, la constitution paranoïenne supposée nécessaire pour produire de tels délires ?

Il existe également un délire systématisé secondaire à la confusion mentale. Les auteurs étrangers qui l'ont signalé, ont surtout visé les états passagers de confusion qui surviennent au début d'une paranoïa le plus souvent à forme aiguë. Mais on observe aussi des délires systématisés à la suite d'une confusion mentale vraie : les uns sont de vrais délires vésaniques secondaires, tandis que les autres, les moins connus, ne sont autre chose que des reliquats monoïdéiques de ce véritable état second qu'est la confusion mentale tonique, en tout point comparable aux idées fixes post-hypnotiques des hystériques. La preuve en est, que, comme celles-ci, ces délires peuvent disparaître par la psychothérapie et la suggestion. Ici encore, nous trouvons un argument contre la conception trop absolue de la constitution paranoïenne.

En résumé, M. Régis croit qu'il serait prématuré d'adopter, en ce qui concerne les délires systématisés secondaires, une théorie pathogénique définitive. Contentons-nous de constater que ces délires existent bien, qu'ils peuvent survenir sous des formes et dans des conditions différentes, après toutes les psycho-névroses et même la confusion mentale. Pour l'instant il est bon de s'en tenir là et de ne pas chercher à édifier quand même une concep-

tion trop hypothétique. Restons fidèles à la méthode d'observation, à cette méthode anatomo-clinique, qui est la méthode française par excellence et qui a permis de réaliser tant de progrès dans le domaine des maladies du système nerveux.

M. le Dr Lalanne (de Bordeaux) apporte une observation sur un cas de délire systématisé secondaire consécutif à un état neurasthénique. Pour lui il n'y a pas de si grandes différences que l'on croit entre la neurasthénie délirante et la mélancolie, d'un côté c'est l'hypocondrie physique qui prédomine, de l'autre c'est l'hypocondrie morale. Il croit que des délires systématisés peuvent être consécutifs à des obsessions, à des phobies, etc.

Hamel et Vigouroux

Réception à l'Hôtel de Ville.

Le soir, à 9 heures, les congressistes ont été reçus à l'Hôtel de Ville, luxueusement décoré et illuminé pour la circonstance, par M. le Maire et les membres du Conseil municipal.

M. Flaissières recevait lui-même les invités, ayant à ses côtés le président du Congrès et M. Dubois, le sympathique et distingué secrétaire général de la Mairie. Remarqué, parmi la nombreuse assistance, la présence de :

MM. Floret, Préfet des Bouches-du-Rhône; Schrameck, secrétaire général; Chanot, Président du Conseil général; Eugène Féraud, attaché au cabinet du maire; Causeret, inspecteur d'académie; le contre-amiral Besson, commandant de la marine ; Bonnaud, commissaire central; Girard-Cornillon, président de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance; Livon, directeur de l'École de médecine ; Paul Gourret, directeur de l'École de pêche; Edouard Gourret, conseiller d'arrondissement du 2e canton; Schurrer, conseiller d'arrondissement du 4e canton; le Dr Mazade, inspecteur des Enfants assistés; Bayle, conseiller d'arrondissement du 1er canton; Thourel, conseiller général; la plupart des congressistes et nombre de membres du corps médical de la ville. Le président du Congrès, M. Doutrebente a remercié la municipalité.

Mme Flaissières a fait les honneurs de la soirée avec une bonne grâce aisée et charmante à laquelle tout le monde s'est plu à rendre hommage. Mme et M. Flaissières méritent les plus chaleureuses félicitations pour la brillante réception faite aux congressistes, qui emporteront certainement un excellent souvenir de leur séjour dans la ville de Marseille.

Journée du 5 avril.

Visite à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre.

A 10 heures du matin, MM. Boubila et Maunier, médecins en chef de l'asile Saint-Pierre, secondés par M. Plaignard-Flaissières, interne des hôpitaux, par ses camarades et par leurs externes, recevaient les congressistes à l'asile, qu'ils leur faisaient visiter en détail. Commencée par l'examen du service des femmes, que dirige M. le Dr Boubila, cette visite fort intéressante s'est terminée par l'examen du service des hommes, placé sous la direction de M. le Dr Maunier.

M. Bresson, directeur administratif de l'asile, a eu l'obligeance de nous fournir les renseignements qui suivent sur l'asile et son fonctionnement :

POPULATION ALIÉNÉE :

Hommes	589
Épileptiques simples (quartier spécial)	30
	619

Sur ce nombre :

14 jeunes garçons et enfants aliénés de 7 à 16 ans ; 9 épileptiques simples de 9 à 17 ans.

Femmes	629

dont 3 jeunes filles de 14 à 15 ans.

Total	1.248

PERSONNEL ADMINISTRATIF :

Directeur, traitement 8.000 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Receveur, 4.500 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Économe, 3.500 francs, logé, avantages en nature, chauffage, éclairage.

Bureaux de la Direction :

Un secrétaire, 2.800 francs, 1.000 francs d'indemnité de logement, de chauffage et d'éclairage.

Un 1er commis, 1.600 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé.

Un 2e commis, 1.800 francs, le repas de midi.

Un 3e commis, 600 francs, nourri, habillé, non logé.

Économat :

Un 1er commis, 2.400 francs, le repas de midi.

Un 2e commis, 900 francs, le repas de midi.

Un dépensier, 1.500 francs, le repas de midi, habillé.

Service médical :

2 médecins en chef, à 8.000 francs, logés, avantages en nature, chauffage, éclairage. — Un médecin adjoint, 2.600 francs, logé. avantages en nature, chauffage, éclairage. — Internes en médecine, 1re année 700 francs; 2e année 800 francs; 3e année 900 francs; logés, nourris, chauffés, éclairés. — 2 externes, 500 francs, le repas de midi. — Un pharmacien en chef, 1.800 francs, logé, nourri, chauffé, éclairé. — 2 internes en pharmacie, 500 francs, logés, nourris, chauffés, éclairés. — Un secrétaire, 20 francs par mois, le repas de midi (partage son temps entre le service médical et la recette).

Nous devons relever, d'une façon spéciale, l'existence d'*externes* à l'asile de Marseille. Il y aurait un grand intérêt, en attendant mieux, à avoir, même en plus grand nombre, des externes dans tous les asiles voisins d'une Faculté ou d'une École préparatoire de médecine. Il y aurait ainsi moins de médecins incompétents, en fait d'aliénation mentale.

PERSONNEL DE SURVEILLANCE (Hommes).

Un surveillant en chef, 2.100 francs, logé, chauffé, éclairé, habillé. — Un sous-surveillant en chef, 90 francs par mois, logé, chauffé, éclairé, habillé et nourri.

88 surveillants infirmiers, de 20 à 45 francs par mois, logés, chauffés, éclairés, habillés et nourris. Ils débutent à 20 francs. Augmentations trimestrielles de 2 fr. 50 à 5 francs, suivant les cas.

PERSONNEL DE SURVEILLANCE (Femmes).

Une surveillante en chef, supérieure des infirmières religieuses.

28 surveillantes infirmières de la Congrégation de Saint-Augustin.

L'indemnité allouée pour les religieuses, y compris la supérieure, est de 200 francs par an, pour chacune.

78 surveillantes ou bonnes laïques débutant à 18 francs par mois. Le maximum de salaire est de 35 francs.

Reposantes et reposants.

5 religieuses dont 3, retirées dans la maison-mère de la congrégation, reçoivent chacune de l'asile 300 francs par an. Les 2 autres, logées, nourries, etc., dans l'asile, ne reçoivent aucune indemnité en argent. 5 bonnes laïques, logées, nourries, etc., dans l'asile, touchant par an 150 francs chacune, comme prix des quelques menus services qu'elles rendent encore. 2 hommes, même situation, touchent chacun 200 francs.

Aumôniers.

Aumônier catholique, 1.600 francs, logé, chauffé, éclairé.
Pasteur protestant; grand rabbin, chacun 200 francs.

Distractions et fêtes. — Spectacles; concerts ; fête du 14 juillet; fête de l'asile en octobre.

Permissions de sortie. — De 1 jour à 8 jours; nombreuses et fréquentes, principalement à Noël, 1er janvier, jours gras, Pâques, Pentecôte.

Chaque année un repas de gala est donné dans la maison, aux malades travailleuses (buandières, lingères, etc.). De même aux malades travailleurs; mais pour ceux-ci le repas a lieu à l'extérieur, dans la banlieue.

Bibliothèque. — Elle comprend plus de 500 volumes. Mais la plupart sans intérêt pour la grande généralité des malades : ce sont en effet des ouvrages d'histoire, de haute littérature, de critique littéraire et de science. Les romans d'aventures sont les plus lus, particulièrement ceux d'Alexandre Dumas; aussi faut-il les renouveler souvent, car, au bout de peu de temps, ils nous reviennent dans le plus pitoyable état. Il en est de même des journaux illustrés. Les journaux de Marseille pénètrent librement dans la maison.

Prix de journée. — 1 fr. 30 pour le département des Bouches-du-Rhône; 1 fr. 50 pour les autres départements.

Prix des pensions. — Classe exceptionnelle 13 fr. 50 par jour; 1re classe 8 fr. 50; 2e classe 5 francs; 3e classe 3 francs; 4e classe (régime commun) 1 fr. 50.

Balance du compte financier de 1898.

Recettes	810.919 fr. 70
Dépenses	768.414 » 19
Boni	42.505 fr. 51

La visite finie, un banquet était servi dans la salle de concert de l'asile; M. Floret, préfet des Bouches-du-Rhône, présidait ce déjeuner auquel assistaient également MM. Flaissières, maire; Chanot, président du Conseil général, de nombreuses notabilités médicales de notre ville et plusieurs hauts fonctionnaires. Au champagne, on échange quelques toasts (MM. Drouineau, Floret, Doutrebente, Chevillon, Bresson, Joffroy), — parmi lesquels il convient de retenir celui de M. Floret qui boit à l'amélioration administrative de l'asile; — puis on monte dans des omnibus qui attendent et qui, à

2 heures, déposent tout le monde à l'embarcadère de la Compagnie Chambon.

Le *Salinier* reçoit congressistes, invités et invitées qu'il transporte, non sans certains incidents de traversée dont le mistral et la houle sont les auteurs responsables, dans le port du Frioul.

Reçus et guidés par M. Catelan, le très aimable et distingué directeur de la Santé, les promeneurs s'initient aux mille détails intéressants de l'*installation sanitaire* du port de Marseille (Lazaret du Frioul), admirablement réorganisé depuis quelque temps.

Quelques rafraichissements sont offerts par M. Catelan et acceptés avec plaisir, car il fait chaud ; puis l'on embarque à nouveau sur le *Salinier*, qui ramène les congressistes en ville en passant par l'Estaque et les bassins, leur permettant ainsi d'admirer, après le magnifique panorama de la rade, le spectacle de la vie commerciale de la grande cité phocéenne.

Punch de la Société médico-chirurgicale.

Le soir, à 9 heures, un punch était offert aux congressistes, dans les salons Linder, par la *Société médico-chirurgicale* de Marseille, dont le président, M. le Dr Arnaud, a porté de façon charmante la santé de ses hôtes. Le président du Congrès l'a remercié en ces termes :

Messieurs et chers confrères,

J'aurais voulu, pour répondre dignement au toast que le Président de la Société médico-chirurgicale vient de porter aux membres du Congrès, que l'un des maîtres éminents, qui nous assistent et nous entourent, prît la parole en cette circonstance, n'ayant d'ailleurs, pour le faire, d'autre titre que celui de Président du Congrès que je tiens du libre suffrage de mes collègues ; cela suffit cependant, je le sais et j'en suis très fier.

En me désignant à ce poste d'honneur, mes collègues m'ont comblé de joie et m'ont donné la plus haute marque d'estime ; je me considère dorénavant comme largement récompensé de ce que j'ai pu faire pendant toute ma carrière.

En faisant un retour sur moi-même, un examen de conscience, il m'a semblé que ce qui m'avait désigné à leur choix, c'est simplement parce que, en toute circonstance, j'ai tenu à me conformer aux règles les plus strictes de la Déontologie médicale que je résume ainsi : respect absolu des maîtres, confraternité pratiquée

sans défaillance, encouragements, conseils et services rendus aux jeunes dans la plus large mesure.

Je me suis conformé à ce programme et je ne cherche pas à en tirer vanité, n'ayant eu qu'à suivre les exemples et la pratique de mon grand-oncle Baillarger et de mon oncle Lunier ; c'était donc simplement une tradition de famille à continuer.

Je lève mon verre en l'honneur du Président, le docteur Arnaud et des Membres de la Société médico-chirurgicale de Marseille, et, au nom des Membres du Congrès, je les remercie cordialement de la belle et sympathique réception qu'ils viennent de nous offrir.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion pour remercier vivement nos confrères marseillais de leur accueil sympathique. B.

Séance du 6 avril. — Présidence de M. Doutrebente.

M. Sicard, à l'occasion de la lecture du procès-verbal et au sujet de la discussion qui a suivi le rapport de M. Anglade, demande à dire quelques mots sur certaines de ces *formes délirantes mono-idéiques*, que M. Régis classe dans les délires systématisés secondaires, consécutivement à la confusion mentale primitive aiguë, et qui sont susceptibles d'un traitement efficace, par l'hypnose ou une psychothérapie appropriée. Il croit qu'il ne s'agit dans ces faits que de la persistance d'une idée fixe subconsciente, de nature hystérique, telles que les travaux de MM. Raymond et Janet nous l'ont fait connaître, idée fixe subconsciente qui peut persister pendant un temps, du moins à la suite d'une confusion mentale primitive, elle-même de nature hystérique, et prenant naissance à l'occasion d'un état fébrile, d'une infection, d'une intoxication qui développent l'hystérie chez certains sujets prédisposés.

PSYCHOSES POLYNÉVRITIQUES

M. Dutil (de Nice) ayant été empêché de faire son rapport sur les psychoses polynévritiques, M. le professeur Ballet fait, en ces termes, un remarquable exposé de l'état actuel de la question :

M. Ballet. — Lorsqu'en 1889 Korsakoff décrivit les troubles mentaux accompagnant les polynévrites, un sentiment de surprise accueillit cette opinion ; l'association de troubles cérébraux et d'une lésion polynévritique parut singulière, mais bientôt la réalité de cette conception fut mise en évidence par de nombreuses observations. On s'aperçut même que Charcot avait entrevu cette psychose, car dans ses leçons il faisait observer l'existence de troubles amnésiques dans les polynévrites alcooliques. Cette amnésie n'était qu'une des formes de cette psychose dont aujourd'hui

on admet la multiplicité. Tout d'abord que faut-il entendre par psychose polynévritique ? On doit comprendre sous ce nom des troubles mentaux à physionomie clinique variée qui s'associent d'habitude aux lésions et symptômes de la polynévrite et qui reconnaissent toujours la même cause que la polynévrite elle-même. En effet, les lésions névritiques et les lésions cérébrales produisant les troubles mentaux ne sont que deux manifestations juxtaposées souvent mais parfois isolées de la même origine. Cette origine est d'ordinaire un agent toxi-infectieux qui peut produire isolément soit les troubles polynévritiques, soit les troubles cérébraux. Les formes cliniques de la psychose polynévritique peuvent se ramener à trois groupes : 1° Délires systématisés, idées fixes consécutives à des rêves rappelant la physionomie du délire onirique. Ils consistent en subdélire le soir, analogue au délire exotoxique (alcoolisme), en rêvasserie la nuit pouvant persister le jour, rêveries objectivant l'intoxication de la cellule cérébrale. C'est dans cette forme que l'on observe les délires systématisés dont nous a parlé M. Régis. Ils ne méritent peut-être pas le nom de *systématisés*, mais ce ne sont pas non plus les idées subconscientes dont nous a entretenu M. Sicard. Il reste dans la conscience une idée fixe dont le point de départ se retrouve dans un rêve. Exemple : un homme, après une fièvre typhoïde avec délire pendant la convalescence, a conservé de son rêve délirant la seule idée qu'il est décoré et qu'il a rapporté des richesses du Tonkin. Il raconte comme un roman vécu ce roman rêvé, et cependant il ne présente aucun symptôme d'hystérie. 2° La deuxième forme clinique est la confusion mentale dans sa forme classique avec association vicieuse des idées, insuffisance de la perception, apparence de dépression mélancolique, excitation maniaque, allure stupide, etc., qui peut durer de quelques jours à quelques années et même se terminer par la démence. 3° La troisième forme est la forme amnésique : altération mentale, accompagnée ou non de délire, amnésie singulière, différente des autres amnésies (paralytiques généraux, vésaniques, séniles, amnésies pures avec conservation de la logique, et associations normales des idées, c'est-à-dire des souvenirs existants; pas de défectuosité dans le raisonnement si on ne fait appel qu'aux événements du moment. Ces trois formes cliniques se confondent souvent et forment des variétés intermédiairas très nombreuses.

Quelle est maintenant la pathogénie de pareils troubles ? Il est évident que ces troubles sont d'origine toxique (toxi-infectieux, endo-toxiques, exotoxiques). Ils accompagnent les polynévrites consécutives aux fièvres typhoïdes, à l'alcoolisme, etc. Ils sont la conséquence de l'empoisonnement de la cellule. Mais il semble que ces troubles ne devraient durer qu'autant que les toxines agissent sur la cellule et qu'une fois ces dernières éliminées, ils aient dû disparaître. L'observation journalière prouve le contraire et

a priori, on pouvait induire que ces toxines avaient causé une altération matérielle non réparable du jour au lendemain, si tant est qu'elle soit réparable complètement. Ces lésions existent-elles? On les a recherchées et jusqu'en 1896 on avait décrit l'œdème de la pie-mère, les congestions des méninges, des altérations pigmentaires des cellules, mais on n'avait pas trouvé la véritable lésion cérébrale. M. Ballet a eu la bonne fortune de trouver trois cas de polynévrites présentant des délires oriniques et dont il a pu examiner histologiquement les lésions. L'examen des nerfs décela les lésions banales de la polynévrite : dégénérescence wallérienne, segmentation du cylindraxe, etc...; l'examen de la moelle et du cerveau (lobule paracentral) montra les mêmes altérations cellulaires. Ces lésions cellulaires présentent trois grands caractères : déformation des cellules, déplacement du noyau vers la périphérie, déplacement qui peut aller jusqu'à la projection hors de la cellule et chromatolyse. Ces lésions limitées aux grandes cellules pyramidales sont les mêmes que celles produites dans la moelle par la section d'un nerf périphérique (Nissl, Marinesco, Dutil et Ballet).

M. Ballet fait voir ces lésions par de nombreuses et très belles projections. Une seconde question se pose, plus délicate, c'est de savoir si la substance toxi-infectieuse a déterminé les lésions en agissant directement sur la cellule par la réaction à distance sur le cylindraxe. Les expériences de Marinesco, de Ballet et de Faure ont montré que la cellule cérébrale se comporte comme la cellule médullaire vis-à-vis des nerfs. Les cellules cérébrales s'atrophient sans qu'on puisse dire cependant si le processus est le même et on ne peut actuellement se prononcer avec certitude sur le fait de savoir si la lésion cérébrale est primitive ou secondaire. Cette seconde hypothèse est la plus vraisemblable : si la toxine a une affinité spéciale pour le cylindraxe, elle l'aura également pour la fibre blanche. On peut donc dire qu'il existe des lésions cérébrales dans les psychoses polynévritiques. Existent-elles toujours ? Non. M. Ballet, dans certains cas, n'a pas trouvé de lésions cellulaires. Dans un cas, dont il donne l'observation, la mort du sujet avait été accidentelle et rapide; peut-être la cellule qui pourtant avait souffert, n'avait-elle pas eu le temps d'être altérée profondément.

En résumé, ces lésions ont une grande importance au point de vue de la conception des maladies mentales. Peut-être arrivera-t-on par la connaissance plus profonde des lésions histologiques des cellules cérébrales à diviser ces maladies en deux grandes catégories : 1° les psychoses accidentelles, comprenant toutes les intoxications cérébrales y compris même la paralysie générale; 2° les psychoses constitutionnelles dues à un défaut non encore connu de développement ou d'organisation de la cellule. Peut-être cette conception ferait-elle descendre la médecine mentale où l'a placée la métaphysique, mais elle n'a rien à y perdre.

M. Vallon rappelle, à propos des idées fixes observées au cours de la psychose polynévritique, que des symptômes du même genre se rencontrent dans l'alcoolisme subaigu. Alors que tout le délire a disparu, seule une idée délirante persiste. Ces faits ne sont pas rares et il en a observé lui-même un cas typique. Baillarger avait déjà signalé ces faits et les comparait aux îlots qui subsistent après la désagrégation d'une couche de glace.

M. Régis a été heureux d'entendre M. Ballet adopter sans restriction les caractères cliniques du délire onirique, caractères qui se reproduisent dans les délires hystériques et post-hypnotiques. Il s'agit bien là de délire post-infectieux et non de délire hystérique. C'est la meilleure réponse à faire à M. Sicard. L'hystérie n'a pas le monopole de ces idées fixes plus ou moins systématisées : l'hystérie ne doit pas envahir toute la pathogénie des délires infectieux et toxiques. Il serait peut-être plus logique de renverser les termes et de comprendre les états hystériques parmi les états infectieux ou toxiques.

M. Régis accepte complètement la distinction que fait M. Ballet entre les délires toxiques et les délires vésaniques, accidentels et constitutionnels. Il ne pense pas qu'il y ait une différence fondamentale entre les trois variétés de délires qu'il indique dans la psychose polynévritique, ces trois délires ne sont que les variétés d'une même espèce clinique : la confusion mentale avec son symptôme fondamental : l'amnésie.

Il trouve également que la psychose polynévritique est très mal nommée, car il existe des psychoses polynévritiques en l'absence de toute polynévrite. Il a cité un de ces faits d'apparence paradoxale au Congrès de Clermont : la psychose polynévritique s'était manifestée plusieurs mois avant les symptômes de polynévrite. Polynévrite et délire sont deux symptômes non fatalement associés d'une même infection.

Il en est de même des psychoses post-éclamptiques : ce sont des psychoses qui peuvent survenir en dehors de toutes manifestations éclamptiques. Les psychoses post-éclamptiques ou polynévritiques n'ont aucun caractère clinique spécial, ce sont des psychoses infectieuses, elles ont les mêmes symptômes que les délires de la fièvre typhoïde, etc.

A Moscou, M. Joly (de Berlin) a proposé d'appeler la psychose polynévritique, maladie de Korsakoff. Cette dénomination n'est peut-être pas très juste, puisque nous venons de montrer que cette psychose n'est pas une entité morbide, mais bien un syndrome lié à un état infectieux.

Le Dr Anglade demande à poser quelques questions à M. Ballet à propos des lésions cellulaires qu'il a décrites.

Quel est le degré de spécificité que M. Ballet attribue aux divers

ordres de lésions qu'il nous a décrites comme formant un substratum anatomique aux psychoses polynévritiques? La chromatolyse semble indiquer seulement la disparition d'un aliment de réserve de la cellule. La déformation de celle-ci est plus importante sans doute et résulte de la destruction de la trame achromatique, expansion du cylindraxe. Cette lésion est importante sans doute, mais elle s'observe dans un grand nombre d'affections mentales, notamment dans la paralysie générale, dans l'épilepsie. l'éclampsie. M. Ballet pense-t-il que ces lésions suffisent à expliquer les psychoses polynévritiques?

M. Ballet, répondant à M. Anglade, admet avec lui que les granulations chromatophiles ne sont pas des éléments de réserve. C'est la trame fondamentale de la cellule qui a la plus grande importance, mais on n'est pas encore en possession d'un moyen permettant de reconnaître des lésions de cette trame. La chromatolyse constatée indique seulement que la cellule a souffert; il est impossible de définir le rôle des diverses intoxications dans les lésions qu'il a constatées dans les cellules. Des causes multiples peuvent les produire.

Polynévrique post-influenzique.

M. le Dr Larroussinie. — Il y a quelque temps, j'étais appelé en consultation, par un de mes confrères, auprès d'une malade qui, après une attaque d'influenza, présentait, disait sa famille, des symptômes de paralysie. Le début de l'attaque d'influenza remontait à deux mois environ : Mme X... avait été gravement atteinte; elle avait eu une pneumonie, des troubles gastro-intestinaux et, disait-elle, n'avait jamais pu se remettre entièrement. Elle raconte qu'une quinzaine de jours après la disparition des accidents thoraciques, alors qu'elle souffrait encore beaucoup de l'appareil digestif, elle avait éprouvé, dans les membres inférieurs, des fourmillements, des douleurs; elle se sentait un peu faible sur ses jambes; elle se plaignait maintenant de ressentir les mêmes symptômes dans les membres supérieurs.

L'attaque d'influenza avait duré un mois et demi environ et c'est au moment où la malade se sentait mieux que les troubles, dont j'ai parlé ci-dessus, ont apparu.

Il serait évidemment trop long et fastidieux de présenter une observation faite jour par jour, je résumerai donc autant que possible :

Quand nous voyons Mme X..., elle se plaint surtout de ce qu'elle appelle une très grande fatigue. La marche est pénible; il me semble, dit-elle, que les mouvements de mes bras se font moins facilement. Ces quelques indications, quoique devant faire penser

évidemment à l'existence d'une névrite, n'étaient pas suffisantes pour que je pusse porter un diagnostic certain.

Peu à peu, les accidents s'aggravèrent : quatre mois après le début de l'influenza, quand on plaçait la malade dans une position horizontale, le pied se plaçait en extension ; son bord externe est abaissé et les phalanges fléchies les unes sur les autres et sur le métatarse. La démarche devint celle du stepper, signalée par Charcot. Il y avait, en réalité, paralysie des fléchisseurs, coïncidant avec celle des extenseurs des orteils.

Il devint impossible à Mme X... de mouvoir les orteils, de relever le bord externe du pied ; il lui était très difficile, pour ne pas dire impossible, de fléchir le pied sur la jambe. Le pied était ballant sur la jambe, quand on saisissait cette dernière et qu'on la secouait. Peu à peu, les muscles de la partie antérieure de la cuisse furent pris à leur tour ; la marche devint alors absolument impossible. Aux membres supérieurs, les extenseurs anti-brachiaux furent aussi envahis, entraînant les accidents ordinaires ; les doigts finirent par se fléchir dans la paume de la main et l'on dut prendre des précautions pour que les ongles ne produisissent pas d'ulcérations.

Les muscles de la partie antérieure du bras se prirent à leur tour, puis les grands dentelés, les grands dorsaux, les rhomboïdes et les angulaires. Le bras finit par être appliqué contre le tronc et les mouvements devinrent impossibles.

Rien ne put arrêter l'évolution du mal et la malade, qui restait sur un fauteuil, fut obligée de s'aliter, car les muscles du tronc furent atteints à leur tour.

Mme X... avait, bien entendu, perdu son centre de gravité et présentait une incurvation de la colonne vertébrale par laquelle, ainsi que l'a signalé Duchenne, elle cherchait à remédier au défaut de stabilité ; mais bientôt elle dut, ainsi que nous le disons, rester dans la position horizontale. Enfin, les muscles du cou furent atteints ; cela est, on le sait, très rare. Chez la malheureuse malade dont je rapporte l'histoire, les extenseurs de la tête furent véritablement détruits, à tel point que la tête se fléchissait sur la poitrine et que pour la soutenir dans la position normale, on fut obligé de faire passer sur le front une serviette, qui était fixée à un crochet planté dans la muraille, derrière le lit de Mme X...

Du côté de l'appareil de la vision, elle eut du strabisme interne de l'œil gauche ; donc, paralysie du droit externe. De plus, nous avons constaté l'existence du signe d'Argyll Robertson.

Nous attirons l'attention sur la présence de ces symptômes, dont nous discuterons la valeur tout à l'heure. Enfin, il y eut un affaiblissement marqué de la vision. Du côté de l'appareil digestif, il se produisit une parésie du voile du palais ; la déglutition était difficile, sinon impossible, car il n'y eut jamais paralysie complète.

Rien à l'estomac, ni aux intestins. Du côté de l'appareil urinaire, il y eut aussi de la parésie peu prononcée de la vessie ; le cathétérisme ne fut jamais nécessaire.

Quant à l'appareil respiratoire, la malade avait de la dyspnée, dès qu'elle essayait de faire un mouvement quelconque ou dès qu'on la remuait ; au repos, rien d'anormal ne se produisait. Ce n'est que dans les grandes inspirations que l'on constatait les symptômes indiqués par Duchenne (dépression de l'épigastre et des hypocondres, au moment de l'inspiration, et dilatation de la poitrine ; mouvements opposés pendant l'expiration). Il y avait donc parésie du muscle et non paralysie. Bien entendu, il y eût atrophie musculaire ; la main se présentait sous le même aspect que dans l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne.

Mme X... se plaignit au début, ainsi que nous l'avons *dit*, de fourmillements dans les membres et aussi d'une sensation de froid presque continue ; un peu plus tard, elle eut des crises douloureuses qui duraient souvent plus de vingt-quatre heures et qui étaient surtout localisées sur le trajet des nerfs.

Ces douleurs siégeaient principalement aux membres supérieurs ; elles étaient lancinantes et d'une violence telle qu'elles arrachaient des cris à la malade, qui ne pouvait supporter le moindre contact. Cette souffrance atteignait aussi les membres inférieurs, mais elle était moins intense.

En ce qui regarde la sensibilité, la malade percevait le contact d'un corps appliqué sur la peau, déterminait le siège de ce contact, mais n'appréciait pas l'intensité d'une pression ou d'une traction exercée sur les téguments. La température des objets était mal ressentie ; pas de dissociation de la sensibilité. Pas de réflexe plantaire ; abolition des réflexes tendineux.

Mme X... présente aussi des troubles mentaux graves ; presque dès le début de son mal, elle était anxieuse : « J'ai peur, disait-elle, et je ne sais pourquoi. » Pas d'agitation, mais des hallucinations de la vue : elle voyait des sphères de flammes, des êtres informes, disait-elle.

Peu à peu, il se développa une véritable confusion mentale ; la malade parlait, sans qu'on pût établir de lien entre ses phrases ; elle ne répondait que très mal aux questions posées. Amnésie, absence absolue de volonté ; la malade tombait dans un véritable état de stupeur. Huit mois après le début des accidents, Mme X... présenta, du côté des appareils respiratoire et circulatoire, des phénomènes caractérisés par de la lenteur des inspirations, avec augmentation de durée de la pause respiratoire ; des palpitations cardiaques très vives ; de la dyspnée ; puis, se développa une congestion pulmonaire ; enfin, brusquement une syncope vint clore la scène et la malade succomba. Les pneumo-gastriques, ou du moins leurs noyaux d'origine, avaient été atteints.

Telle est donc l'histoire résumée de la maladie qui a frappé notre cliente. Avions-nous affaire à une névrite alcoolique? Ainsi que nous l'avons dit plus haut, si les membres supérieurs et les membres inférieurs étaient envahis, les premiers semblaient plus frappés, puisque les douleurs étaient beaucoup plus vives à leur niveau. La motilité était plus atteinte que la sensibilité; cependant, on trouvait chez notre malade certains symptômes qui pouvaient faire penser à l'existence de l'alcoolisme : ainsi le steppage, l'amyotrophie, la paralysie d'un des muscles du globe oculaire, les troubles psychiques. Toutefois, j'acquis la conviction que jamais Mme X... n'avait présenté des signes d'intoxication éthylique.

Le confrère qui, avant moi, lui avait donné des soins et qui était son médecin depuis de longues années, était absolument affirmatif sur ce point. Pendant son attaque d'influenza, on n'avait pas eu recours aux boissons alcooliques; il ne pouvait être non plus question de névrite saturnine, ni de névrite diphtérique.

Dans la névrite lépreuse, on retrouve certains des symptômes que nous avons signalés chez notre malade, tels que l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, la griffe Aran-Duchenne, etc. Mais rien n'était en faveur de cette maladie, qui d'ailleurs a une durée beaucoup plus longue, durée se comptant par des années (vingt ans et plus). Bien entendu, nous n'avons pas songé au béri-béri. Une question se posait :

Avions-nous affaire à une névrite d'origine périphérique ou à une affection de la moelle ? Chez notre malade, les membres paralysés n'étaient pas flasques, ainsi qu'on l'observe d'ordinaire chez les polynévritiques; pas d'exagération des réflexes tendineux, au contraire; pas de trépidation épileptoïde du pied; pas de démarche spasmodique, mais du steppage. Donc, raisons pour et contre la polynévrite, mais certainement pas de paraplégie spasmodique.

Nous trouvions-nous en présence d'une paraplégie flasque ? Il n'y avait pas d'anesthésie marquée ; pas de syndromes de Brown-Sequard (hémiparaplégie avec anesthésie croisée) ; pas de troubles de la vessie et du rectum ; pas d'eschares de la région fessière ou des talons; la sclérose en plaques devait évidemment être abandonnée.

Avions-nous affaire à la poliomyélite antérieure aiguë ? Cette affection se développe souvent à la suite d'une maladie infectieuse ; mais le mode de début de cette poliomyélite est brusque, ce qui est rare dans la névrite périphérique.

Dans la poliomyélite antérieure, la paralysie laisse souvent indemmes les extrémités des membres et il est rare que les nerfs crâniens soient frappés, au contraire de ce qui arrive dans la névrite. L'exploration électrique nous dévoila l'existence de la réaction de dégénérescence, mais elle ne nous servit pas pour faire notre diagnostic entre la poliomyélite antérieure aiguë et la névrite,

car aucun des muscles atteints ne recouvra sa motilité volontaire.

Dans la poliomyélite antérieure les douleurs sont moins vives que dans la névrite. Chez notre malade, il y avait de l'œdème des membres, ce qui se voit souvent dans la polynévrite et pas de coloration violacée ni d'abaissement de la température, comme dans la poliomyélite antérieure. D'un autre côté, il y eut des troubles psychiques, ce qui ne se voit guère dans la poliomyélite. J'écarte également le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique et la syringomyélie.

Je devais évidemment songer à l'existence du tabes. En faveur du tabes, je me trouvais en présence des symptômes suivants: sensation d'engourdissement, de fourmillement sur le trajet du cubital, puisque, ainsi que je l'ai dit, les nerfs de l'avant-bras se trouvèrent pris ; signe d'Argyll Robertson, paralysie de la *sixième* paire, enfin certains symptômes du côté du pneumogastrique.

En faveur de la névrite périphérique, j'avais la douleur provoquée par la pression sur les troncs nerveux et la masse musculaire, la réaction de dégénérescence, la paralysie, l'amyotrophie, la position du pied, le steppage, de la maladresse dans les membres supérieurs au début, de l'œdème des membres inférieurs, de l'affaiblissement de la vision, atteignant les deux yeux, des troubles psychiques qui ne ressemblent en rien à ceux qui se montrent dans l'ataxie locomotrice, quand elle s'accompagne de méningo-encéphalite ; enfin, le tabes a une durée beaucoup plus longue que le mal qui avait frappé notre malade. Pour toutes ces raisons, nous conclûmes que nous avions affaire à une polynévrite, *mais* cette polynévrite était-elle seule ou associée à une autre affection ?

En effet, les membres inférieurs furent les premiers atteints, puis les membres supérieurs et, enfin, le tronc et la partie supérieure du corps. Il est bien difficile d'admettre qu'il y ait eu une névrite ascendante à la fois dans tous les nerfs malades. Il semble, je crois, qu'il y ait eu aussi myélite ascendante, et nous aurions l'association d'une myélite et d'une polynévrite d'origine interne. Au sujet de la polynévrite, nous devons dire que nous ne croyons pas devoir lui attribuer les accidents psychiques que nous avons signalés.

Les maladies infectieuses produisent souvent des phénomènes semblables et les psychoses que l'on observe dans de tels cas affectent surtout la forme de la confusion mentale ; pour notre part, nous ne comprenons guère qu'une polynévrite pût à elle seule déterminer des troubles cérébraux, et quand on lit les observations de psychoses polynévritiques qui ont été publiées, on s'aperçoit que le malade a été victime d'une intoxication ou d'une auto-intoxication. Nous croyons que c'est encore ici la maladie primitive qui est la cause de tous les accidents.

Nous nous sommes trouvé en présence d'une maladie infectieuse

qui a atteint non seulement les nerfs, mais encore et surtout les centres. Nous ne nous dissimulons pas que l'absence d'examen post mortem constitue une grave lacune dans notre observation ; mais, comme il arrive presque toujours pour les malades de la ville, la nécropsie fut refusée par la famille. Il nous a semblé néanmoins qu'il serait peut-être intéressant d'apporter notre contribution à l'étude des accidents nerveux de l'influenza : c'est pourquoi nous avons eu l'honneur de vous soumettre ce travail.

Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques.

M. Grasset (de Montpellier). — Quoique déjà fort avancée et richement documentée, l'histoire de la distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas achevée. Cette étude a principalement et à peu près exclusivement porté sur les symptômes trophiques, comme les zonas et certaines dermatoses, et sur les troubles sensitifs, tels que les anesthésies, totales ou dissociées. Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire. C'est sur cette lacune que je voudrais attirer l'attention des cliniciens en relatant d'une manière sommaire un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une femme de quarante ans atteinte de sclérose en plaques.

La maladie a débuté, il y a deux ou trois ans, par des vertiges. Puis sont survenues une impotence de la jambe gauche avec raideur, une hémianesthésie gauche et un tremblement du bras droit. Plus tard, la parole devient et reste scandée, spasmodique, monotone. Le tremblement, tout en étant toujours beaucoup plus marqué au bras droit, s'étend, notamment à la tête qui, lorsqu'elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité. Dans les membres gauches l'hémianesthésie a disparu, il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite) et surtout une diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles; en outre, attitude du pied en équin, douleurs spontanées et à la pression des troncs nerveux, exagération des réflexes tendineux ainsi que diminution de l'excitabilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence.

Le tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici, est nettement intentionnel ; il n'apparaît jamais au repos. Quand on ordonne le mouvement classique de porter le verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte, la malade tremble beaucoup; elle tremble de plus en plus si l'on déplace le verre et qu'on rende plus long et plus difficile l'acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à la bouche sûrement, sans trembler, et, même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement. Mais si, le verre étant près de la bouche, elle cherche à faire les

mouvements nécessaires pour boire, le tremblement reparaît; il augmente si l'on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est aisé d'analyser cette particularité qui, tout d'abord ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme elle porte correctement un verre à la bouche.

En réalité, elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques; toutefois, ce tremblement est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras, de sorte qu'il apparaît nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider; mais il ne se montre pas du tout lorsque, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche. De même, la malade est incapable, à cause du tremblement, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire; mais, si on lui immobilise le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace bien une ligne horizontale droite, à la condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, il s'agit ici d'un tremblement segmentaire, en gant, ce qui n'est ni classique ni fréquent dans la sclérose en plaques. A ces deux points de vue, le tremblement de notre malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose en plaques. Au lieu d'être massif, il est segmentaire et, au lieu de porter sur la racine du membre, il en affecte exclusivement l'extrémité. A cela on pourrait objecter que cette femme n'est qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques. Je reconnais que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourraient faire penser à l'hystérie. Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies durables à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité galvanique et faradique prouvent qu'il y a une lésion. Peut-être avons-nous affaire à une association hystéro-organique; toutefois la lésion organique paraît aussi certaine que possible pour une malade encore vivante. Et s'il y a lésion, ce ne peut être qu'une sclérose en plaques.

En tous cas, alors même qu'on n'accepterait pas ce diagnostic, un fait reste acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main. Or, quand on analyse un tremblement, on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute et de l'influence que les mouvements exercent ou non sur son intensité, mais on ne s'occupe pas de sa distribution. C'est là, ce me semble, un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs. On arrivera ainsi à localiser, mieux qu'à l'aide des autres caractères, le siège de la lésion, en distinguant le tremblement

nerveux périphérique, le tremblement radiculaire et le tremblement segmentaire spinal.

Séance du jeudi (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

On procède tout d'abord à la nomination du président du Congrès de Limoges en 1901. M. le Dr Gilbert BALLET est élu.

Note sur l'asile des aliénés de Marseille : son passé, son présent, son avenir ; par MM. BOUBILA, MAUNIER et COSSA.

Messieurs, vous avez visité hier l'Asile Saint-Pierre. Construit en 1838 pour 800 malades au maximum sur un plan qui avait le mérite de l'unité et de la symétrie, il répondait à l'idéal que l'on se faisait alors d'un asile modèle. Mais combien sont nombreuses les imperfections que l'hygiène y relève aujourd'hui au double point de vue du bien-être physique et moral de l'aliéné !

Vous avez vu ces cours étroites, bornées, sans horizon, sans ombrages en été, véritables cours de prison où l'on semble avoir voulu mesurer parcimonieusement à l'aliéné, comme au détenu, l'air, la lumière et surtout la vue des champs, si utiles pour le traitement des vésanies ! Vous avez vu ces chambres d'isolement, ces anciennes cellules où le soleil entre si peu, qui s'ouvrent sur un couloir obscur et ne prennent le jour que par une fenêtre sur la cour de la division. Que nous sommes loin de cet idéal d'un asile construit dans un site riant, un peu surélevé, dominant la campagne, avec un large horizon et de grands jardins !

Vous avez vu aussi, Messieurs, l'encombrement de toutes nos divisions et particulièrement de nos divisions de gâteux où nous sommes dans la nécessité d'entasser pêle-mêle des déments, des agités et des impotents. Et cet encombrement ne fait qu'augmenter tous les jours avec le chiffre toujours croissant de nos admissions ! Nous avons réuni en un tableau comparatif les chiffres de la population masculine et féminine de l'Asile Saint-Pierre depuis 1887 [1]. Nous y avons ajouté, en regard, le tableau de la population de Marseille. L'étude comparative de ces tableaux vous montrera le nombre des aliénés s'élevant, tous les jours, d'un mouvement plus rapide que celui de la population ; et cet accroissement doit éveiller l'attention de l'Administration supérieure, car il menace de déborder l'enceinte trop étroite de notre asile.

Sur l'initiative du service médical, la Commission administrative de l'Asile a dû se préoccuper depuis longtemps de cette situation. Elle a paré au plus pressé en construisant des quartiers sup-

[1] Notre statistique ne remonte pas avant 1887 parce qu'avant cette date l'asile Saint-Pierre hospitalisait les malades du département du Var internés aujourd'hui à l'asile de Pierrefeu.

plémentaires : le pensionnat des hommes et son quartier de traitement; les bâtiments actuels de l'administration pour installer dans ses anciens locaux le pensionnat des Dames; la division des épileptiques femmes, etc..... Et ainsi depuis vingt ans, elle a dû verser tous les cinq ou six ans dans nos bâtiments supplémentaires le trop-plein des quartiers anciens. Récemment encore, elle a mis en adjudication la construction d'une infirmerie de femmes qui va être entreprise sous peu. Mais cette méthode a des inconvénients; ces constructions annexées pour les besoins du moment à l'ancien plan de l'asile n'ont fait qu'en exagérer les défauts primitifs : elles ont rétreci les cours déjà trop étroites, borné l'horizon déjà trop restreint, et, si l'on ne se décide à adopter une méthode plus clairvoyante, on aura, dans quelques années, une agglomération disparate de bâtisses disposées sans ordre ni symétrie et, ce qui est plus grave, défectueuses comme hygiène [1].

Cette situation, nous ne l'ignorons pas, n'est pas spéciale à l'Asile Saint-Pierre : on a dû se préoccuper un peu partout, mais surtout dans les asiles qui sont aux abords des grandes villes, de l'augmentation inquiétante du chiffre des aliénés. On a signalé depuis longtemps les inconvénients que présentent, tant au point de vue administratif que médical, ces énormes agglomérations de 1200, 1500 et même 1800 malades. On est d'accord sur ce principe qu'il ne faut pas que la population totale d'un asile dépasse le chiffre de 5 ou 600 malades et qu'un même médecin en chef ait dans son service plus de 300 aliénés. Or, à Saint-Pierre, nous avons près de 1400 malades, et chacun de nos services en compte plus de 600!

Nous avons pensé qu'il était du devoir des médecins de l'Asile de signaler cet état de choses à l'attention des pouvoirs compétents et d'emprunter la publicité du Congrès pour donner plus de portée à notre voix. Il n'a pas échappé, du reste, à la prévoyance de nos administrations à qui il incombe de l'améliorer. Il serait à désirer que l'on entrât résolûment dans la voie des réformes, car la situation ne fait que s'aggraver de jour en jour.

Plusieurs projets ont été proposés pour y remédier : la création de fermes suburbaines où l'on pourrait évacuer tous les chroniques valides; l'aliénation des terrains de l'Asile Saint-Pierre et la construction d'un ou de plusieurs asiles dans les environs de Marseille... Il ne nous appartient pas de discuter en détail l'économie de chacun de ces projets, mais nous croyons devoir dire quel est celui qui nous paraît répondre le mieux à toutes les exigences de l'hygiène aux nécessités d'une bonne administration et au besoin de

[1] Nous reviendrons sur cette pratique déplorable qui consiste à ajouter toujours et sans cesse aux asiles de nouveaux bâtiments de malades, sans penser qu'au fur et à mesure les services généraux deviennent insuffisants. (B.)

l'enseignement de l'aliénation mentale à Marseille dont nous ne devons pas nous désintéresser.

Il est en effet, Messieurs, une idée chère aux Marseillais, c'est celle de voir un jour Marseille dotée d'une faculté de médecine. L'administrateur chargé de solutionner l'hospitalisation des aliénés doit se préoccuper de réserver aux abords de la ville une clinique pour l'enseignement des maladies mentales. Le premier des projets dont nous avons parlé plus haut, celui qui consisterait à créer des fermes suburbaines, diminuerait, sans doute, l'encombrement de l'Asile, mais il n'apporterait aucun remède aux défectuosités que nous y avons signalées. — Le second projet, celui qui transporterait l'Asile en totalité dans la banlieue, se heurterait à cette difficulté que l'enseignement deviendrait impossible à cause de l'éloignement.

Il existe un second projet qui semble répondre à tous ces besoins, à toutes ces préoccupations ; il se résume ainsi : laisser à Saint-Pierre un service d'administration où seraient retenus, pour les besoins de l'enseignement, les malades aigus et, parmi les chroniques, ceux qui seraient justiciables d'une intervention thérapeutique ; transporter les incurables à la campagne, soit dans des fermes ou colonies, soit dans un asile construit avec tous les perfectionnements de l'hygiène moderne. Le chiffre des malades à garder pour le service de l'admission à Saint-Pierre pourrait être réduit à 100 ou 150 au maximum. On pourrait, par des modifications au plan actuel de l'Asile, en démolissant une partie des anciens locaux, en améliorant le reste, les loger confortablement. Il ne nous appartient pas d'étudier ce projet au point de vue budgétaire ; il nous suffit, à nous médecins de l'Asile, de signaler par la voie du Congrès combien ce problème de l'hospitalisation des aliénés à Marseille est digne d'intérêt et d'indiquer la solution qui nous paraît le mieux répondre à toutes les exigences de la situation..... (Voir p. 382).

Dégénérescence et neurasthénie.

M. Bidon. — Le *dégénéré* est un être qui, en présence d'obstacles à son évolution, n'a pu se développer dans le sens du progrès de l'espèce, a dévié vers des formes pathologiques dont l'enchaînement conduit à sa disparition ou à celle de sa descendance. Le *neurasthénique* a perdu l'équilibre du système nerveux. Un surmenage quelconque (fonctionnel, émotif, toxique, etc.) a fatigué le point trop excité d'abord, puis tout l'appareil nerveux. Mais pour cela il a fallu une prédisposition acquise ou héréditaire que la statistique de mes 200 observations permet de classer : 1° 44 fois il n'y avait pas d'hérédité morbide appréciable: ici la neurasthénie débute tardivement, de trente à quarante ans, au plus fort de la

concurrence vitale, et le plus souvent elle est peu grave. Dans les cas où il y a hérédité morbide, le début de la neurasthénie est précoce; il a lieu 45 fois avant vingt ans. Par contre, l'hérédité apoplectique est celle qui révèle le plus tardivement son action. 2° Sur cette prédisposition héréditaire ou acquise les causes occasionnelles font germer la neurasthénie. Le surmenage professionnel agit 53 fois, les chagrins 27, les excès génitaux 17, la grippe 17, les soucis d'affaires 19, l'alcoolisme 3 fois. Enfin, dans 19 cas, je n'ai pas trouvé de cause. Ici encore l'intensité de la cause déterminante nécessaire est en raison inverse de la prédisposition héréditaire. 3° La neurasthénie a donc des parentés étiologiques avec la dégénérescence. L'étude de la descendance des neurasthéniques le montre. Sur mes 200 malades, 51 sont célibataires et 149 mariés. Sur les 129 ménages, 42 sont stériles, soit 28,18 0/0, proportion peu inférieure à la moyenne. Les autres ont 152 enfants que l'on peut classer ainsi : 1 supérieur, 32 normaux, 24 morts d'éclampsie, 20 à troubles physiques (5 ont de l'arthritisme, 4 de la débilité, 3 des paralysies infantiles, 2 sont tuberculeux, 2 chlorotiques, 2 scrofuleux, 1 obèse et 1 acropathique). 87 ont des tares psychiques (35 bizarres ou impulsifs, 15 hystériques, 7 neurasthéniques, 5 idiots, 4 mélancoliques, 3 dipsomanes, 2 bègues, 1 vagabond). Cela prouve que la neurasthénie est, comme on l'a dit, une porte d'entrée de la dégénérescence. Toutes les deux du reste paraissent être la conséquence d'une même cause dyscrasique, l'arthritisme, qui fait périr en quelques générations toutes les familles urbaines qui ne savent pas se régénérer par des apports de sang rural.

Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient.

M. Paul Farez. — Une dame âgée de trente-cinq ans, mariée, mère de famille et manifestement hystérique, se plaint de palpitations et d'angoisse précordiale. Elle se croit atteinte de cardiopathie; en réalité, il s'agit de topoalgies qui cèdent facilement à la suggestion. Mais ces topoalgies récidivent avec ténacité. C'est qu'elles sont sous la dépendance d'un rêve terrifiant, toujours le même, oublié au réveil mais persistant à l'état subconscient et susceptible d'être retrouvé pendant le sommeil hypnotique. Grâce à la suggestion, ce rêve est inhibé, le sommeil naturel devient exempt de cauchemar et la santé générale se rétablit. Mais, quelques mois après, de violentes émotions surviennent, la vie de famille est désorganisée et cette même dame souffre d'une crise angineuse très intense. Il s'agit d'une *fausse* angine de poitrine pour la triple raison suivante: 1° symptomatologie spéciale; 2° terrain hystérique; 3° absence de toute lésion cardiaque. Or, cet accès angineux a été la copie fidèle et la reproduction exacte d'un rêve survenu pendant la nuit qui a précédé la crise, mais oublié,

lui aussi, pendant la veille normale et resté à l'état subconscient; une circonstance de peu d'importance a suffi pour donner le branle et lâcher la bride à tout le complexus d'associations qui s'étaient peu de temps auparavant systématisées sous la forme onirique.

Ainsi en présence d'une fausse angine de poitrine hystérique, on a le devoir de rechercher systématiquement si elle ne comporte pas une origine psychique, consciente ou subconsciente, comme, par exemple, un rêve. Le syndrome angineux n'a qu'une valeur séméiologique; le traitement et la prophylaxie exigent un diagnostic non pas seulement nosologique, mais *étiologique ;* il ne suffit pas de convaincre le malade qu'il ne présente aucune lésion cardiaque, il faut encore et surtout le prémunir contre la réapparition de la cause souvent morale qui a engendré ce syndrome. Enfin l'hypnotisme peut assurer la découverte de cette cause soupçonnée; il permet d'en extirper le souvenir et d'en prévenir le retour ; il rétablit le calme dans ces organismes troublés; il est capable de réaliser à lui seul cette *thérapeutique morale* dont Huchard a dit avec tant de raison qu'elle était, dans ce cas, plus efficace que toute intervention médicamenteuse.

Les lésions histologiques du système nerveux central dans la chorée chronique héréditaire.

M. Rispal (de Toulouse) a eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme. La méthode de Nissl a permis de constater une diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce cérébrale dans les zones psychomotrices, une atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent, et enfin une infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes de nature vraisemblablement névroglique dans les parties profondes de l'écorce et principalement autour des cellules pyramidales en voie d'atrophie. L'existence de lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

Interventions chirurgicales chez les aliénés.

M. Febvré présente en son nom et en celui de M. Picqué un rapport sur l'amélioration et même la guérison qui ont suivi certaines opérations faites dans son service de Ville-Evrard.

Nous publierons une analyse détaillée de cette très intéressante communication.

M. Vallon cite un cas de paralysie générale qui s'est amendée à la suite d'une opération chirurgicale.

M. Febvré, répondant à M. Régis, dit que dans les cas rapportés il ne s'est jamais agi d'enlever d'organes sains, on n'a appliqué que les soins chirurgicaux qui sont appliqués ordinairement dans les hôpitaux. Il demande simplement si le Congrès juge utile qu'on emploie cette pratique avec toutes les précautions employées dans les hôpitaux.

M. Vallon. — Au fond, la question de la chirurgie des aliénés se ramène à un point de vue simple : il faut simplement traiter les aliénés comme des gens ordinaires, la folie n'étant pas une contre-indication.

M. Rouby a observé une femme qui se plaignait d'avoir un serpent dans le vagin ; elle avait des ulcérations sur le col. Après cautérisation et guérison, les idées délirantes disparurent.

M. Bidon pense que les lésions utérines sont tantôt causes, tantôt simplement coexistantes des idées délirantes.

M. Mabille dit qu'il serait utile que chacun fît dans les asiles la statistique des guérisons obtenues par suite d'une opération chirurgicale.

Sclérose en plaques médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule.

MM. Launois et Paviot rapportent l'histoire d'une femme de 46 ans, porteur depuis 30 ans d'une arthrite tuberculeuse de l'épaule droite. Elle était entrée pour une hémiplégie droite progressive ayant débuté vers l'âge de 40 ans, sans ictus, ayant respecté la face, ne s'accompagnant pas d'atrophie : réflexes exagérés et trépidation épileptoïdes plus marquée à droite. Pas de troubles de la sensibilité, mais dans les derniers temps quelques douleurs à caractère fulgurant. Le bras gauche commençait à se prendre lorsque la malade commença à présenter les phénomènes bulbaires qui amenèrent brusquement la mort dans un accès.

A l'autopsie, rien au cerveau, pas de lésions de la colonne vertébrale ni des méninges médullaires. Sclérose en plaques typique : plusieurs petites plaques grisâtres, d'aspect gélatineux, sur la moelle dorsale de l'un et l'autre côté. A la partie supérieure de la moelle cervicale double tache scléreuse ne respectant que le pyramidal croisé et, dans les faisceaux postérieurs, plaque également symétrique, ne laissant indemnes que les parties latérales du faisceau de Burdach. Au niveau du renflement brachial et au-dessous, la plaque est limitée au côté droit, etc. Pas de plaques sur le bulbe ni sur le renflement lombaire. Sur toutes les coupes présentées, on retrouve une périartérite très manifeste. Les auteurs, après avoir indiqué les particularités cliniques du cas, insistent sur

les rapports de l'arthrite tuberculeuse et de la lésion médullaire. Ce fait leur paraît une démonstration nette de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques (Kahler et Pick, P. Marie).

Paralysie alterne supérieure au cours d'une méningite tuberculeuse.— Ramollissement du pédoncule central par thrombose de la veine basilaire.

M. Léon D'Astros. — Un enfant de 13 ans fait pendant quelque temps de la tuberculose pulmonaire et surtout ganglionnaire trachéo-bronchique, lorsque quelques symptômes cérébraux se montrent : tristesse, inertie, etc. Un mois après son entrée, le petit malade est pris d'un engourdissement de la jambe gauche et de secousses convulsives localisées qui font diagnostiquer une plaque de méningite dans la région paracentrale. Huit jours après se développe, en 12 heures, une paralysie alterne supérieure (syndrome de Weber) constituée par une hémiplégie droite complète portant sur la face et les membres avec exagération du réflexe tendineux et d'autre part du côté gauche un ptosis avec strabisme externe et dilatation pupillaire avec immobilité ; on rapporte ce syndrome nouveau à un ramollissement du pédoncule cérébral gauche. L'enfant succomba au bout de cinq jours. L'autopsie démontra une tuberculose très avancée des ganglions bronchiques dont quelques-uns ont acquis le volume d'un œuf, ainsi qu'une petite caverne dans le poumon droit. L'examen du cerveau fit constater ainsi qu'on l'avait prévu : 1° des plaques de méningite tuberculeuse sur la région paracentrale symétrique, mais beaucoup plus marquée à droite ; 2° un ramollissement du pédoncule cérébral gauche s'étendant à la partie inférieure de la couche optique et à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Les régions ramollies présentaient à leur surface une teinte ecchymotique, et la pathogénie de ce ramollissement du pédonculo cérébral relève très habituellement d'*oblitération artérielle* portant soit sur le tissu de la cérébrale postérieure, soit sur les branches qui en naissent à son origine. Ici le système artériel fut trouvé complètement intact. Par contre, il fut constaté une *thrombose complète de la veine basilaire gauche*, tronc important qui reçoit les veinules du pédoncule et va se jeter dans la veine de Galien. Quant à la cause de cette thrombose, elle relève probablement de lésions tuberculeuses, mais elle n'a pu être démontrée avec certitude.

M. D'Astros dépose un rapport sur un cas de paralysie alterne supérieure survenue chez un enfant de treize ans au cours d'une méningite tuberculeuse : hémiplégie droite de la face et des membres, ptosis avec strabisme interne et dilatation pupillaire; mort au bout de cinq jours. A l'autopsie, ramollissement du pédoncule cérébral par thrombose de la veine basilaire.

Albuminurie après les crises épileptiques.

MM. Lannois et Mayet. — 50 cas observés. L'albuminurie a tantôt été constante, tantôt inconstante ou nulle; d'autres fois il y a eu albuminurie avec lésions rénales. Toutefois cette albuminurie n'est ordinairement qu'un phénomène fugace. Les auteurs pensent que la présence de l'albumine dans l'urine de certains malades est liée à l'intensité de l'asphyxie plus ou moins grande qui accompagne la crise, la constriction vaso-motrice des artérioles, le ralentissement du cœur et la stase veineuse dans la phase tonique réalisent les meilleures conditions pour le passage de l'albumine à travers le rein.

M. Giraud présente au nom de M. Samuel Garnier (de Dijon), un rapport sur un aliéné incendiaire méconnu et condamné après expertise médico-légale.

Traitement de l'attaque d'épilepsie par le trional.

M. Maunier (asile Saint-Pierre de Marseille). — Après quelques considérations sur l'étiologie, la pathogénie, la physiologie pathologique, la description de la folie épileptique, communication sur le traitement nouveau par le trional. Les observations sont divisées en trois groupes : 1° celles dans lesquelles le trional agit en supprimant l'attaque, la chute proprement dite ; 2° celles dans lesquelle il agit en supprimant les troubles psychiques, l'excitation, la fureur épileptique ; 3° celles dans lesquelles il agit en supprimant, en modifiant les attaques et l'excitation consécutive. Le trional est donné à la dose de 0 gr. 50 centigr., 1, 2 et 3 grammes suivant les cas, dans du thé chaud ou en injection hypodermique en solution dans l'éther, l'alcool ou la glycérine. Il est important d'administrer le trional en temps voulu. Dans la première observation, type du premier groupe, les attaques précédées d'aura motrice sont suspendues. Dans celles du quatrième groupe, la fureur épileptique ne s'est pas reproduite depuis un an, alors qu'antérieurement à l'institution du traitement par les bromures, le malade entrait dans un état de fureur redoutable qui nécessitait son isolement dans une cellule matelassée. Les attaques qui se produisaient jadis au nombre de 240 à 250 par an, ont été réduites dans cette dernière année à 58. Dans celle du troisième groupe, le malade soumis au traitement par le trional depuis un mois environ, les attaques ainsi que l'excitation violente, la fureur ont été suspendues.

Des observations cliniques nouvelles sont à recueillir, des expériences physiologiques doivent être faites.

Deux cas d'astasie et d'abasie : M. Grasset (de Riom).

Recherches cliniques sur la chorée de Sydenham : M. le Dr Oddo.

Traitement thermal du tabes : M. le Dr Belugou (de Lamalou).

Les insensés au XVIIIe siècle : MM. Cossa et Mouton.

Traitement des névrites périphériques par le massage et les vibrations mécaniques : M. le Dr Bouisson.

Quelques cas d'obsession urinaire; maux perforants plantaires précurseurs de l'ataxie dans le tabes : M. le Dr Reynès.

BANQUET DU CONGRÈS

A 8 heures du soir, dans les grands salons de la Maison Dorée, un banquet intime réunit soixante à quatre-vingts convives. M. Flaissières, maire de Marseille, assistait à ce banquet ainsi que M. Schrameck, secrétaire général de la préfecture, et M. le Dr Livon, l'aimable directeur de l'École de médecine. Une cordiale animation règne. Plusieurs toasts sont portés par MM. Doutrebente, Flaissières, Régis, Vallon, Gilbert-Ballet qui a été élu président du Congrès de Limoges en 1901. Nous reproduisons le toast de M. Doutrebente :

Mesdames, Messieurs,

Je vous propose de porter la santé du représentant du gouvernement de la République, secrétaire général de la Préfecture des Bouches-du-Rhône, dont le prestige à nos yeux est accru par ce fait qu'il appartient, de très près, à la famille médicale par sa parenté étroite avec le professeur Bernheim qui fut souvent notre collègue et nous a donné, à plusieurs reprises, des preuves certaines d'amitié et de sympathie.

Nous osons espérer, Monsieur le Secrétaire Général, qu'en acceptant pour vous l'assurance de nos sentiments dévoués, vous informerez votre très estimé parent, le professeur Bernheim, du témoignage ardent de confraternité et d'admiration que nous professons pour sa personne et ses travaux scientifiques.

Monsieur le Maire,

Il s'est produit à Marseille, en notre faveur, grâce à votre intervention et aux relations de notre collègue, le docteur Boubila, un mouvement rapidement généralisateur qui s'est propagé des corps administratifs et électifs, au conseil général, au conseil municipal et au corps médical Marseillais.

Vous avez tenu, Monsieur le Maire et aussi vos collègues du

conseil municipal, à démontrer que rien de ce qui intéresse le mouvement scientifique ne vous était indifférent et vous avez voulu l'affirmer mardi soir à des philanthropes passionnés, dont la sphère d'action se borne à prendre soin des êtres choisis parmi les plus malheureux et les plus déshérités de l'espèce humaine.

Si, d'un côté, vous pensez sans cesse à développer les conditions du bien-être de chaque citoyen en lui facilitant les moyens de s'instruire et de développer ses facultés physiques, morales et intellectuelles, en lui donnant, en un mot, la préparation nécessaire à la lutte pour l'existence ; nous avons, nous, d'un autre côté, la noble mission de recueillir, consoler et souvent de guérir les vaincus, les blessés de cette lutte, les faibles ou les dégénérés.

Nous poursuivons donc, en réalité, en des circonstances différentes, le même idéal, le même but philanthropique, humanitaire et social ; nous devions nous rencontrer un jour, car nous avons aussi la même devise, la fraternité avec et pour sanction pratique et tangible, la solidarité.

A votre santé, Monsieur le Maire ; nous garderons de la soirée passée à l'Hôtel de Ville, un long et agréable souvenir.

Je lève aussi mon verre en l'honneur de notre excellent ami et digne collègue, le docteur Boubila, l'organisateur réel de ce Congrès et j'ajoute que je ne puis le séparer, en ce toast, du secrétaire anonyme et discret que fut Mme Boubila. Bien souvent je me suis reproché d'avoir apporté, depuis six mois, dans leur vie intime et si loyalement unie, le trouble occasionné par les préoccupations multiples et incessantes de la préparation d'un congrès ; mais je m'en réjouis aujourd'hui, puisque la réussite a couronné leurs efforts et, qu'ainsi, ils sont largement récompensés de leurs peines.

A votre santé, mon cher Boubila et à celle de votre digne compagne, Mme Boubila.

Je lève encore mon verre en l'honneur du docteur Anglade, qui, à l'occasion d'un rapport sur les délires systématisés secondaires a fait un travail de longue haleine, dont on ne saurait trop louer la valeur intrinsèque, l'importance et les conséquences ultérieures; il a dû mettre au point, et il a réussi, l'une des questions les plus discutables et des moins étudiées on ne sait pourquoi, de la pathologie mentale.

Que nous disait-on jadis, à propos des médecins-adjoints, qu'ils ne faisaient rien en province, et que n'a-t-on pas dit du docteur Anglade lui-même qui, modeste médecin-adjoint en province savait, comme le juste, se contenter de son sort et demandait à se recueillir et à travailler dans le silence et le calme du laboratoire. Nous l'avons arraché à ce silence et à ce calme, pour notre plus grand profit à tous ; il nous a, en effet, donné un travail qui fera époque dans notre spécialité.

Le docteur Anglade a su, par l'étendue de ses connaissances bibliographiques, nous faire connaître les travaux faits à l'étranger, et il a réussi par une heureuse combinaison de ses qualités de psychologue, de clinicien et d'histologiste à nous initier à la réalité et à la multiplicité des délires systématisés secondaires.

A votre santé, cher monsieur Anglade, et à celle de votre premier maître en médecine mentale, le docteur Régis de la Faculté de Bordeaux.

Je porte encore la santé du Dr Taty, chef de clinique du professeur Pierret (de Lyon), l'un de nos rapporteurs qui prendra demain la parole à la séance matinale ; nous le connaissions depuis longtemps et nous savions qu'en le désignant pour traiter la question des aliénés méconnus et condamnés, il saurait produire un travail, que mieux que personne, il était en mesure de mener à fin, puisque déjà médecin aliéniste, il a tenu à faire son droit.

A votre santé, mon cher collègue et aussi à celle de votre savant maître, le professeur Pierret.

Dans quelques jours, les pouvoirs du Président du Congrès actuel cesseront, mais déjà le succès du congrès de Limoges est assuré par la nomination du Dr Gilbert Ballet, que vous avez nommé Président, il y a quelques heures, avec une si touchante unanimité. Ce résultat, Messieurs, était attendu par nous, et il m'autorise presque à ne pas remercier le Dr Ballet du service immense qu'il a rendu au Congrès, en traitant ce matin avec l'autorité incontestable et incontestée, qui lui appartient, la question des psychoses poly-névritiques ; ce qu'il y avait à faire, vous l'avez fait, Messieurs, et je ne saurais mieux faire.

Mesdames, Messieurs, je porte la santé du Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris, président du congrès de Limoges en 1901.

M. le Dr Boubila a pris ensuite la parole :

Mesdames, Messieurs.

Avant de répondre aux paroles trop flatteuses de notre éminent Président, permettez-moi de lever mon verre à vous, Mesdames, qui avez bien voulu honorer ce banquet de votre présence.

Vous avez pu tous admirer dans notre palais de Longchamps, les immortelles fresques du maître Puvis de Chavannes, si épris de la beauté antique. Ne penserez-vous pas avec moi, Messieurs, qu'un Phocéen, fondateur de cette cité, un des joyaux de la patrie, réveillé de son sommeil séculaire et mis en présence de ces pages sublimes, les contemplerait avec la sensation d'une chose vécue. Il y reconnaîtrait ses compagnons, ses sœurs, et s'il

pénétrait dans cette enceinte, il vous croirait, Mesdames, descendues du cadre.

Notre Président, que vos suffrages ont élevé à cette fonction enviée de présider une élite, et qui le mérite si bien par ses qualités de science, de parole et de cœur, a bien voulu m'honorer de ses éloges. Je les accepte volontiers, mais, en les portant plus haut.

C'est à MM. le Préfet, le Président du Conseil général, le maire, le directeur de l'École de médecine que vous auriez dû vous adresser, mon cher Président. Ce sont eux qui méritent vos éloges et notre reconnaissance pour le haut appui moral qu'ils ont apporté au Congrès à sa naissance et pour les subventions qu'ils nous ont votées et qui ont permis au nouveau-né de parcourir une carrière qui méritera, je l'espère, votre approbation.

Permettez-moi de lever mon verre en leur honneur, sans oublier le Corps médical marseillais tout entier, dans lequel je suis fier de compter de si nombreux amis.

Je vous prierai de m'autoriser en votre nom à remercier la *Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux*, si brillamment représentée par son Président M. le professeur Arnaud.

Nos confrères des hôpitaux, dont la science est si connue et le dévouement aux déshérités si apprécié, ont voulu vous donner une éclatante marque de leurs sentiments de bonne confraternité en vous invitant hier à une brillante et cordiale réception.

Je suis sûr d'être l'interprète de tous mes collaborateurs, notre dévoué trésorier le Dr Lachaux, mes collègues de l'*Asile* et mes confrères de la ville qui, au nombre de plus de 50, ont répondu à notre appel, en vous disant que nous ne désirons qu'une récompense, c'est que vous emportiez un souvenir durable de votre visite à Marseille.

Permettez-moi, au nom du Congrès, d'adresser à Monsieur le Ministre de l'Intérieur, nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en déléguant à nos séances M. le Dr Drouineau, Inspecteur général, qui a apporté au Congrès la valeur éminente de sa personne et de ses fonctions.

Je bois à la santé des maîtres de la science aliéniste et neurologiste dont la parole autorisée a jeté un si vif éclat sur nos séances.

Nous avions espéré posséder ce soir au milieu de nous, Mme et M. Paul Boude, fille et gendre du savant aliéniste, le regretté Sauze. Ils n'ont pu, à leur grand regret et au nôtre, accepter l'invitation qui leur avait été adressée. Qu'ils veuillent bien agréer tous les deux notre reconnaissance émue pour le don gracieux qu'ils ont bien voulu faire au Congrès du Menu artistique placé sous vos yeux et qui représente fidèlement les traits d'Aubanel et de la photographie de Sauze que vous trouverez plus tard dans le volume du Congrès.

Vous m'en voudriez certainement, Messieurs, si je terminais sans adresser de chaleureux remerciements à MM. les docteurs Motet, de l'Académie de médecine et Petrucci, directeur médecin qui nous ont si magistralement précédé dans le dernier Congrès d'Angers, que nous craignons d'être restés au-dessous de notre tâche.

Le médecin-chef de l'asile Saint-Pierre, M. Boubila, a su bien organiser les choses. Grâce à son zèle infatigable, il a été possible de suivre le développement d'un programme dont l'ordre n'est troublé par nulle fâcheuse lacune. B.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU.

Séance du 27 novembre 1898.

N. Versiloff. — *Les fonctions du cervelet (recherches expérimentales), avec présentations des animaux, des pièces anatomiques et des dessins.*

Dans la première série de ses expériences, Versiloff procédait à des excitations mécaniques, chimiques et électriques du cervelet après l'ablation des hémisphères. En voici les conclusions :

1° Tous les phénomènes qu'on observe à la suite de l'excitation directe du cervelet se rapportent exclusivement à la fonction du mouvement ; 2° Les phénomènes moteurs sont de la même nature que ceux produits par l'excitation de l'écorce cérébrale ; ce sont notamment des contractions cloniques ou toniques de divers groupes musculaires ; 3° En ce qui concerne les localisations motrices du cervelet, il résulte que la moitié droite du cervelet se trouve en rapport avec la moitié droite du tronc; la moitié gauche du cervelet correspond au côté gauche du tronc : le lobe moyen se trouve en rapport indistinctement avec les deux côtés du tronc ; le vermis supérieur correspond aux membres inférieurs ; sa partie postérieure et inférieure correspond aux membres supérieurs ; 4° En outre le cervelet se trouve en rapport avec les muscles de la peau ; 5° Les mouvements oculaires se trouvent sous le contrôle direct du cervelet ; des points bien déterminés de l'écorce cérébelleuse commandent les différents mouvements des globes oculaires ; 6° Les mouvements oculaires sont des mouvements associés ;

7° L'excitation du cervelet produit des mouvements nystagmiformes des globes oculaires; ces mouvements très variés se produisent principalement dans les quatre directions suivantes : nystagmus horizontal, vertical, diagonal et rotatoire ; les mouvements nystagmiformes sont toujours bilatéraux; 8° En plus des mouvements oculaires habituels, on observe encore de la propulsion et de la rétropulsion des globes oculaires; 9° Les mouvements de clignotement des paupières peuvent être exagérés ou arrêtés complètement; 10° On note encore du côté des yeux quelques phénomènes vasomoteurs, à savoir une certaine hyperémie de la conjonctive et de la cornée du même côté; 11° Il existe une relation très intime entre le cervelet et le cerveau, et notamment avec les centres corticaux; 12° Il s'agit d'un rapport *croisé*, et qui se révèle dans ce sens que l'ablation préalable d'une hémisphère du cervelet entraîne une hyperexcitabilité de l'hémisphère opposée du cerveau, et vice versa (l'ablation d'un hémisphère cérébral amène une hyperexcitabilité de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé) ; 13° L'ablation des centres corticaux ou d'un hémisphère du cervelet n'altère pas la nature des phénomènes qu'on obtient en excitant divers territoires du système nerveux; elle ne fait qu'en exalter l'excitabilité.

Les phénomènes de défaut de fonction du cervelet ont été étudiés par l'auteur sur quatre chiens opérés de la façon suivante : section sagittale du cervelet sur la ligne médiane chez le premier; ablation du lobe moyen chez le deuxième, ablation de l'hémisphère gauche du cervelet chez le troisième, et ablation totale du cervelet chez le quatrième. — Voici les conclusions :

1° Le phénomène principal lié à l'ablation partielle ou totale du cervelet consiste dans le trouble de l'équilibre très prononcé au commencement, et qui s'atténue progressivement pendant des mois jusqu'au rétablissement complet même dans les cas d'ablation complète du cervelet; 2° Le trouble de l'équilibre tient apparemment à la perte du tonus musculaire, insuffisamment compensé par le cerveau ; 3° Les phénomènes de faiblesse musculaire n'apparaissent pas immédiatement après l'opération, lorsque prédominent les phénomènes spasmodiques, mais plus tard, et ils leur succèdent; 4° Les mouvements ataxiques de la tête et du tronc qu'on observe à la suite de l'ablation partielle ou totale du cervelet, de même que le tremblement qui augmente à l'occasion des mouvements volontaires et porte le caractère du tremblement intentionnel ne peuvent guère s'expliquer uniquement par l'insuffisance de la compensation du côté du cerveau, comme le pensent certains auteurs; 5° L'extirpation totale ou partielle du cervelet augmente l'excitabilité réflexe; 6° Tous ces phénomènes se trouvent en rapport de localisation précise avec telle ou telle partie du cervelet, à savoir que chaque hémisphère du cervelet correspond à

la moitié du tronc du même côté; le vermis répond aux deux côtés; 7° Le cervelet n'a pas de rapport chez les animaux avec la sensibilité cutanée; 8° L'ablation du cervelet a une grande influence sur l'état général de l'animal et entraîne une cachexie rapide qui amène souvent la mort; 9° L'ablation du cervelet amène des troubles graves de la sphère psychique ; l'animal opéré devient très excitable, très peureux, caressant, il cherche la solitude et cesse d'aboyer. — L'auteur se propose de poursuivre ces recherches expérimentales.

Au cours de la *discussion*, des remarques ont été faites par MM. Mouratow et Kojewnikow.

Le Comité de la *Société des Médecins Russes en mémoire de N.-I. Pirogoff* ayant demandé à la *Société de Neuropathologie et de Psychiatrie de Moscou* d'émettre un avis *sur la nécessité d'introduire la folie parmi les causes légales du divorce*, celle-ci a formé une Commission sous la présidence de M. le professeur S. Korsakoff. Voici le résumé du rapport de la Commission à ce sujet, présenté par M. Korsakoff, président :

Après avoir fait l'historique de la question d'après les données de la législation et de la littérature russe et étrangère, le rapporteur formule les arguments les plus importants des adversaires de ce projet de loi, lequel : 1° ne répondrait pas à l'idéal du mariage; 2° nuirait aux intérêts des malades et des partis contractants d'autant plus que, 3° il est difficile de préciser les maladies qui excluent toute aptitude à une cohabitation conjugale physique ou morale, et que, 4° il est facile de commettre des erreurs en déclarant une maladie incurable. Mais à cela il y a lieu d'objecter les raisonnements suivants :

1° L'idéal du mariage n'est guère réalisable pour tout le monde, et les mesures législatives ne suffiraient pas à relever l'idée du mariage; 2° Dans la plupart des cas, l'aliéné incurable n'a pas conscience de ses droits, n'en jouit pas et ne sent pas le besoin de les exercer, sans parler que la natalité est très faible dans ces cas. Même si le divorce devait porter atteinte à l'état du malade, il serait difficile de mesurer exactement le degré du mal, tandis que l'utilité de la séparation est incontestable et évidente pour l'époux bien portant, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade violent et dangereux; 3° Dans les cas difficiles, les experts ne manqueront pas à formuler leurs hésitations, ce qui ne leur empêchera pas de prononcer catégoriquement dans les cas simples et précis; 4° Les erreurs d'expertise sont possibles dans d'autres questions judiciaires jugeant le divorce; il faut seulement que les erreurs médicales ne soient pas plus fréquentes que les autres.

Après avoir émis un avis favorable à l'admission de la folie comme cause légale du divorce, le rapporteur conclut qu'il faut la

réserver aux cas : 1° incurables et, 2° rendant impossible la cohabitation conjugale. Ces deux questions doivent être décidées par des experts, au nombre de trois au moins, désignés par le tribunal, et après une observation du malade pendant trois mois au moins. La demande en divorce ne pourra être soulevée que lorsque la maladie aura existé pendant cinq ans au moins, cependant pour les cas d'évidence extrême la durée de la maladie pourra être réduite à trois ans.

Discussion. — M. Boutzke croit que la nouvelle loi, très judicieuse au point de vue théorique, sera très difficile à appliquer et n'atteindra pas le but proposé.

M. Serbsky croit qu'il ne suffit pas d'émettre un avis favorable, mais qu'il faut déclarer la nouvelle loi comme absolument indispensable, en la réservant toutefois aux seuls cas où la personnalité du malade a subi de graves altérations et qu'il est devenu indifférent aux conditions extérieures. Le nombre d'experts pourrait être réduit à deux lorsque leurs avis sont identiques. La durée de la maladie au lieu de cinq ans devrait être réduite à un an ; dans les cas douteux elle pourrait être de deux ou trois ans et même plus.

Secrétaires des séances : A. Bernstein et G. Rossolimo.

Séance du 18 décembre 1898.

L. Minor. — *Présentation d'un cas de pseudo-hypertrophie musculaire.*

Le malade est âgé de dix-sept ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels. Se développait bien jusqu'à l'âge de onze ans, époque à laquelle on constata un affaiblissement des facultés intellectuelles ; le malade négligea ses études, devint apathique et frileux ; sa voix changea. Encore auparavant, il éprouvait une lassitude et une faiblesse musculaire, il lui arrivait souvent de tomber et il se relevait avec difficulté. Depuis un an il ne peut plus marcher seul ; pour s'asseoir sur le lit, il est obligé de descendre les jambes à l'aide de ses mains.

Etat présent. — Intelligence et mémoire bien affaiblies ; quelques consonnes sont mal prononcées. Rougit facilement. Le pli naso-labial est quelque peu effacé. Impossible de siffler. La force des membres supérieurs est affaiblie. Les muscles pectoraux sont atrophiés, de même qu'on remarque une certaine atrophie des épaules et des bras, surtout en ce qui concerne les biceps. Les petits muscles de la main fonctionnent assez bien. Parmi les muscles du tronc on constate surtout une hypertrophie des muscles infraspinaux, long dorsal et sacro-lombaires. Encore plus hypertrophiés sont les muscles fessiers et ceux de la cuisse, surtout le vaste externe. Les gastrocnémiens atteignent un volume colossal et

produisent l'impression des tumeurs. A la palpation les muscles sont d'une consistance molle, graisseuse. Le diamètre des cuisses est de 39, celui des mollets est de 43 centimètres. Malgré ce volume, la force musculaire du tronc et des jambes est insignifiante. L'excitabilité électrique est diminuée : les contractions galvaniques sont parfois paresseuses. Les réflexes rotuliens font défaut. La sensibilité est normale. On note du dermographisme, d'aspect variable dans les diverses parties du corps, et notamment : rouge dans la partie supérieure du tronc, et blanc dans la partie inférieure, plus prononcé aux endroits hypertrophiés.

La coïncidence des lésions musculaires avec l'affaiblissement des facultés intellectuelles suggère à M. Minor l'idée de l'analogie qui pourrait exister entre les atrophies musculaires et le myxœdème, l'ostéomalacie, la maladie de Basedow, etc. Peut-être les dystrophies musculaires reconnaissent-elles la même origine toxique que ces dernières affections.

Discussion. — M. Rossolimo affirme que dans un cas d'atrophie musculaire progressive de type de Landouzy-Déjerine, le traitement thyroïdien lui a donné un résultat objectif positif.

P. Préobrajensky. — *Un cas de pseudo-hypertrophie musculaire.*

Malade, âgé de douze ans, né d'un père alcoolique. Six enfants sont morts de causes inconnues. Des six autres restés en vie, un frère, âgé de 29 ans est atteint de la même affection que le malade, l'affection ayant débuté chez celui-là à l'âge de 12 ans et l'ayant conduit à l'impotence absolue. Le malade a supporté dans l'enfance une maladie infectieuse. Depuis deux ans a commencé à perdre les forces et à se fatiguer de plus en plus vite.

A l'heure actuelle on constate une certaine faiblesse des membres et de l'incertitude dans les mouvements surtout en ce qui concerne les jambes. Les réflexes rotuliens sont à peine esquissés. Les gastrocnémiens sont augmentés de volume. La façon de se lever du tapis est très caractéristique. Le malade répond lentement, parle peu, ayant visiblement de la peine à réfléchir et orienter ses pensées. Pendant son séjour à l'hôpital le malade contracte la dysenterie et en meurt.

A l'examen microscopique on trouve une dégénération graisseuse très prononcée des fibres musculaires des muscles : biceps, fléchisseurs de l'avant-bras, fessiers, gastrocnémiens, oblique abdominal. Les parois des vaisseaux musculaires sont épaissies. Le tissu adipeux est peu développé, mais le tissu connectif intermusculaire est très hypertrophié. Les plus atteints sont les grands fessiers et les gastrocnémiens; là on trouve la plupart des fibres très amincies, fusiformes, se terminant par des bouts effilés et recourbés; entre les fibres, une grande quantité de tissu adipeux; parfois les fibres

se dichotomiosent sur l'un des deux bouts, ou se présentent fendues dans leur longueur sur une certaine étendue. Les nerfs tibial et médian présentent une légère hyperplasie du tissu connectif intra-fasciculaire. Dans les fibres du muscle cardiaque, on constate en partie les phénomènes d'atrophie ou de dégénération graisseuse. Le foie et les reins sont également atteints de dégénérescence graisseuse.

La moelle épinière présente les phénomènes de *syringomyélie*.

L'auteur ne croit pas devoir mettre la dégénérescence graisseuse de tous les organes internes sur le compte de la dysenterie, qui a été d'une durée insignifiante et non accompagnée d'hyperthermie. Il lui paraît plus juste de rattacher tous les phénomènes de dégénération graisseuse des organes internes et du système musculaire à la diathèse graisseuse généralisée. D'autre part l'atrophie musculaire progressive peut être due à une auto-intoxication spéciale.

Discussion. — M. MOURATOFF ne reconnaît pas de syringomyélie sur les préparations présentées par M. Préobrajensky. Selon lui, il s'agit seulement d'une anomalie du canal central. Quant à la dégénérescence des organes internes, elle est la conséquence de la toxémie. — M. MOURAWIEFF ne croit pas non plus à une relation entre la dégénérescence graisseuse des organes internes et l'affection du système musculaire. — M. KOJEWNIKOFF invite l'auteur à donner une description plus détaillée des lésions médullaires dans le cas en question.

S. SOUKHANOFF et N. ORLOFF. — *Contribution à l'étude de la psychose polynévritique.*

Après avoir indiqué les points controversés de la question, les auteurs s'efforcent de démontrer que les troubles mentaux et notamment ceux de la mémoire dans la psychose polynévritique ont une marque spéciale et bien originale ; ceci a d'autant plus d'importance que les symptômes cliniques de polynévrite peuvent souvent être très peu prononcés et passer presqu'inaperçus. A l'appui de cette thèse ils citent quatre nouvelles observations dont voici le résumé :

OBSERVATION I. — Malade âgé de soixante ans, sans antécédents héréditaires ni personnels. Parfois il se montre de la glycosurie. En automne 1897 le malade supporta une affection fébrile, à la suite de laquelle il accuse de l'amnésie et des faux souvenirs. A l'*examen*, fait le 3 novembre 1898, on trouve une certaine faiblesse généralisée. Les réflexes rotuliens sont diminués ; les plantes des pieds sont œdémateuses ; les nerfs périphériques sont légèrement douloureux à la palpation. Du côté psychique, trouble de la mémoire sous forme d'amnésie et de faux souvenirs. Le malade ne se rap-

pelle pas les vingt dernières années de son existence. Depuis le commencement de la maladie l'état psychique n'a pas changé.

OBSERVATION II. — Malade âgé de cinquante-deux ans. Alcoolisme chronique. Au mois de juin 1897, il devient très irritable, en même temps apparaît un œdème des pieds. Plus tard s'ajoute de l'amnésie et des douleurs aux jambes. La faiblesse augmente bien que le malade cesse l'usage d'alcool.

Etat présent. 30 I. 1899. Disparition des réflexes rotuliens; parésie atrophique des membres inférieurs ; les troncs nerveux sont douloureux. Affaiblissement de la mémoire; amnésie pour les événements présents et récents.

OBSERVATION III. — Malade âgé de quarante-six ans, alcoolique avéré. Il y a quatre ans eut un accès de délirium tremens. Il y a deux ans contracta la syphilis, laquelle récidiva au mois de janvier 1898. Au mois de mai 1898, le malade eut une attaque avec perte de connaissance, mais ne tarda pas à se rétablir bientôt. Au mois de juin apparut une faiblesse croissante des membres inférieurs; au mois d'août s'ajoutèrent des phénomènes psychiques, notamment l'amnésie et de faux souvenirs. En outre on nota une légère rétention d'urine et de la constipation.

Etat présent. 2 IX. 1898. Ptosis léger à gauche ; parésie des membres droits supérieur et interne du même œil ; la pupille gauche est plus large que la droite. Atrophie des muscles du mollet. Abolition des réflexes cutanés, crémastérien et abdominal. Les troncs nerveux sont souvent douloureux à la palpation. Légère rétention d'urine et constipation. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Du côté psychique, troubles de la mémoire sous forme d'amnésie et de faux souvenirs, caractéristiques pour la psychose polynévritique. Amélioration progressive de tous les symptômes somatiques et psychiques à partir du mois de novembre dernier, sous l'influence du traitement anti-syphilitique institué au mois de septembre. Les phénomènes oculaires ont presque complètement disparu. Le 13 décembre 1898 survint une hémiparésie gauche avec participation des nerfs facial et lingual.

Les auteurs rappellent que les troubles des sphincters et l'exagération des réflexes peuvent se rencontrer dans la polynévrite (entre autres, observations de Ballet et Faure). D'autre part les troubles psychiques dans ce cas sont caractéristiques pour la psychose polynévritique. L'hémiplégie peut être mise sur le compte d'un ramollissement cérébral d'origine alcoolique.

OBSERVATION IV. — Malade âgé de quarante-cinq ans, alcoolique avéré. A partir d'automne 1892, affaiblissement de la mémoire, amnésie, douleurs aux membres inférieurs et incontinence d'urine. Au mois de novembre 1892, on constate des symptômes névritiques et des troubles psychiques caractéristiques. Ensuite survient une

aggravation progressive, avec abattement, somnolence et fièvre. Mort en février 1893. A l'autopsie on constate, à côté de signes de polynévrite parenchymateuse, des foyers de ramollissement étendus dans l'écorce du lobe frontal et temporal droits et dans la substance blanche adjacente. Il est intéressant à noter que dans plusieurs cas de Wernicke des symptômes polynévritiques ont été constatés à côté de ceux de polioencéphalite.

En terminant, MM. Soukhanoff et Oloff ajoutent que l'*évolution* de la psychose polynévritique est très variable, en rapport avec des complications individuelles et des associations de facteurs étiologiques de nature diverse. La vieillesse donne un pronostic défavorable. L'association de la tuberculose amène un dénouement fatal à brève échéance.

Discussion. — M. Serbsky considère la troisième observation des auteurs comme un cas de syphilis cérébro-spinale, tant au point de vue des symptômes cliniques, qu'en raison du succès du traitement spécifique. — M. Mouratow ne considère pas non plus ce cas comme un cas de polynévrite. — M. Kojewnikoff croit à l'association de la syphilis et de l'alcoolisme dans ce cas. — M. Tokarsky ne croit pas l'amélioration des troubles de la mémoire comme un signe pathognomonique. — M. Minor dit que la description de la troisième observation sous l'étiquette de la polynévrite peut donner lieu à des malentendus. — M. Roth rappelle entre autres un cas de psychose polynévritique à début apoplectiforme.

Secrétaires des séances : N. Versiloff et B. Mouravieff.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du lundi 17 avril 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

L'hypnotisme et le traitement de l'alcoolisme.

M. Vlavianos s'appuie sur le cas, récemment rapporté par M. Farez, ainsi que sur deux cas personnels, pour exposer et justifier l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement de l'alcoolisme; les objections que l'on a faites à cette intervention sont sans fondement. Au récent Congrès international contre l'alcoolisme, M. Forel (de Zurich) a proclamé à nouveau l'efficacité de la suggestion hypnotique contre l'alcoolisme.

M. Jules Voisin. — C'est à tort que l'on a dit : tel alcoolique a eu

des rechutes, donc l'hypnotisme est inefficace. A ce titre, toutes les médications mériteraient le même reproche, car toutes les affections sont susceptibles de rechutes, si l'on n'y prend point garde. Il faut que l'alcoolique amendé par l'hypnotisme reste pendant longtemps soumis à cet agent thérapeutique et que, surtout, il y ait recours aussitôt après chaque rechute. D'ailleurs, il faut distinguer nettement l'alcoolique et le dipsomane. Le premier boit par occasion, par goût, par habitude ; la dipsomanie est une véritable psychose toujours précédée d'un état dépressif et mélancolique.

M. Bérillon. — Pour rendre la suggestion curative plus efficace, il faut faire intervenir le traitement psycho-mécanique. Lorsque l'alcolique est endormi, on lui met en main un verre qui est censé contenir une liqueur quelconque ; on invite le malade à porter le verre à ses lèvres, mais on arrête le bras à temps et l'on crée ainsi un contre-arrêt, comme je l'ai fait déjà avec succès pour l'onychophagie.

M. von Schrenk-Notzing (de Munich), rapporte les observations de deux alcooliques qu'il a guéris aussi grâce à la suggestion hypnotique.

M. Liégeois (de Nancy). — A Nancy l'on a soigné avec succès par l'hypnotisme un grand nombre d'alcooliques dont la guérison a été durable.

BIBLIOGRAPHIE.

VIII. *Des soins à donner aux épileptiques ; instructions pour les gardes-malades;* par le Dr Wildermuth. (Traduit de l'Allemand par les Drs Kölle et Dardel.) In-8° de 24 p. Neufchâtel, 1898.

Voici l'énumération des paragraphes sommaires qui composent cette intéressante brochure : les crises épileptiques; prodromes; le pressentiment avant la crise, l'aura; la crise proprement dite ; l'état de mal; les crises épileptiques sous forme de psychoses; les crises incomplètes; l'état des épileptiques dans l'intervalle des crises; la dégénérescence mentale de l'épilepsie; des soins à donner aux épileptiques; l'aération; l'alimentation des malades; les médicaments; les soins de la peau et de la bouche; vêtements des malades; le traitement pendant la crise; le traitement psychique des épileptiques; la manière d'observer les épileptiques.

Nous trouvons là les mêmes instructions que celles qui figurent dans le *Manuel de l'infirmière* et *de la garde-malade* et dans le guide que nous donnons à tous les infirmiers et infirmières de notre service de Bicêtre et que nous avons reproduit dans le volume XV de nos *Comptes rendus* (1894, p. 71). Il va de soi que, chaque fois que l'occasion s'en présente, par exemple lorsque l'infirmière nous lit les notes prises par elles, nous en profitons pour fournir des explications nouvelles afin de faire comprendre l'intérêt de ces notes et leur utilité pour les malades. B.

IX. *La confusion mentale;* par le Dr G. GOMBAULT. (Thèse Paris, janvier 1898.)

La confusion mentale n'est, d'après l'auteur, qu'un syndrôme comme la stupeur; sa forme accentuée absorbe même un certain nombre de cas autrefois rangés sous le nom de la *stupeur*.

Il faudrait même réserver ce mot pour désigner les cas où l'activité des facultés est conservée mais opprimée par un délire terrifiant. La confusion mentale a un domaine plus vaste; par sa forme moyenne et légère, elle englobe beaucoup de cas divers où l'on avait remarqué de la dépression et de la confusion des idées.

Elle consiste en un désordre plus ou moins accentué des facultés, allant de la torpeur intellectuelle à la stupidité complète. C'est un état morbide de l'esprit mais non un délire.

Il y a 3 formes, légère, moyenne et accentuée. Associée à des idées délirantes, elle n'est plus qu'un syndrome, faisant partie d'un état plus complexe comme les délires associés. La confusion mentale pouvant se retrouver dans les états divers, a cependant une sorte de personnalité clinique. La symptomatologie permet de la considérer indépendamment de l'état délirant ou névrosique qui l'accompagne. L'anatomie pathologique en est inconnue (l'œdème cérébral signalé n'est pas constant).

L'étiologie est aussi indécise; dans sa forme isolée, elle est souvent d'origine toxique (de Montyel).

Associée aux délires, elle est souvent accompagnée de troubles trophiques organiques nets (Séglas et Chaslin), souvent on ne relève que de l'épuisement nerveux avec ou sans altération cérébrale organique présumable, enfin il faut faire la part des réactions individuelles (hérédité).

L'évolution varie — souvent il y a guérison même dans les formes accentuées; quelquefois il subsiste de l'affaiblissement des facultés. Au contraire, elle peut évoluer vers la démence, associée à des idées délirantes ou à des états psychiques particuliers, elle peut disparaître seule ou avec l'état mental morbide qu'elle accompagne pour enfin évoluer avec lui vers la démence commune.

A. MARIE.

X. *L'Instabilité mentale, essai sur les données de la psycho-pathologie* ; par G.-L. Duprat (1 vol. in-8°, Félix Alcan, éditeur, 1899).

L'auteur lui-même a le soin de nous prévenir qu'il ne faut pas voir dans son ouvrage autre chose qu'un essai philosophique. Il estime que si la biologie peut expliquer un grand nombre de troubles psychiques, il est des psychopathies premières, qui relèvent de la seule psychologie. Telle est l'instabilité mentale qui ne sera pas considérée comme une forme larvaire de troubles mieux déterminés et plus connus, mais comme la caractéristique d'un genre entier de psychopathies.

La pensée tend à varier sans cesse, il s'ensuit qu'en l'absence d'un principe constant de systématisation, la pensée tend à la discontinuité, et que pour mettre obstacle à cette instabilité naturelle, il faut la permanente intervention d'une énergie psychique qui dirige l'évolution mentale.

Chercher à expliquer par la biologie seule tous les désordres psychiques touchant à l'instabilité serait aussi prétentieux que de vouloir les étudier à la lumière de la seule psychologie. Les deux sciences se doivent un mutuel appui, tout en reconnaissant un droit naturel de priorité à celle qui s'occupe des rapports de subordination des centres psychiques les uns aux autres et à un centre unique, rapports qui constituent l'unité de l'individu.

Tout état de conscience est une synthèse irréductible à des éléments communs ou susceptibles de subsister par soi ; sans aller jusqu'à dire qu'ils se succèdent dans des rapports de causalité, il faut reconnaître que le précédent renferme virtuellement le suivant, et que ce dernier emporte un reflet de celui qui l'a précédé. Ces états de conscience dans leur succession présentent une multiplicité de moments relativement distincts, mais il ne faut pas voir dans la durée une pure hétérogénéité, pas plus qu'une pure continuité. Tout état de conscience a une durée et des limites.

Le fait d'admettre entre les divers états de conscience le bien psychique qui unit leur diverse durée fait naître à côté du concept de durée, le concept de devenir, lequel concept est à son tour inséparable de l'appétition et de la finalité. Mais dans cette évolution mentale, dans ce devenir mental, il se présente des solutions de continuité : non pas la véritable discontinuité mentale, qui ne saurait se produire, mais des solutions de continuité, dans la série des aperceptions.

La vie psychique normale ne présente pas toujours en effet la même activité : le devenir mental est constitué par une sorte de progression suivie de régression. A la jeunesse correspond le premier stade, à l'âge mûr l'épanouissement complet, à la vieillesse, le second. Même dans le cours de cette marche suivie de recul,

l'activité n'a pas toujours la même intensité. A la veille succède le sommeil, c'est-à-dire un affaiblissement de la vie psychique, mais non une suspension. Le travail mental ne peut se poursuivre uniformément, l'attention subit un rythme, la volonté ne peut persister dans une affirmation identique ; mais comme tous ces divers états tendent à la réalisation d'un système unique, la vie mentale est continue.

Cette continuité psychologique avec ses progression, régression et ralentissement, constitue la stabilité de l'esprit, parce qu'elle est systématique. Le premier caractère d'un fait pathologique est d'être asystématique. L'instabilité présente avant tout ce caractère: constituant dans le devenir normal une solution de continuité, elle est une véritable désagrégation mentale et entraine comme conséquence l'automatisme des centres inférieurs et la désagrégation physiologique.

Nous étudions ici les troubles psychologiques indépendants de tous troubles biologiques, bien qu'ils aient souvent avec eux un rapport de simultanéité. Ces psychopathies, psychonévroses de Krafft-Ebing, peuvent être héréditaires ou acquises; mais leur gravité n'est pas en raison de leur origine. L'éducation peut avoir augmenté ou conservé une énergie psychique, grâce à laquelle s'est maintenu le pouvoir de systématiser et de faire durer les synthèses morales. La discontinuité mentale se mesure à la fréquence des hiatus et à l'éloignement psychologique des états successifs.

Toute psychopathie caractérisée est une habitude morbide; mais tandis que certaines habitudes tendent constamment à varier, les autres au contraire affirment d'une façon de plus en plus nette des caractères morbides persistants. L'habitude morbide de varier sans cesse constitue la véritable instabilité mentale.

L'instabilité mentale se présente sous des formes variées. Elle peut être *intellectuelle;* sous l'action de la discontinuité mentale provoquant distraction et confusion, les aperceptions sont incomplètes et donnent lieu à des représentations fausses, tronquées ou confuses, à des erreurs d'interprétation aboutissant à des idées délirantes, à des illusions, à des hallucinations, à des souvenirs chaotiques, à des amnésies plus ou moins prononcées, à une impuissance de synthèse donnant lieu à des troubles du jugement et du raisonnement.

Elle peut s'attaquer aux tendances : toute tendance, parce qu'elle repose sur l'établissement d'un rapport entre l'état présent et un état à venir, crée un lien entre les moments conscients et coordonne les états successifs. Après s'être transformée peu à peu et réalisée, elle disparait pour faire place à une nouvelle tendance qui la complète. Cet enchaînement des tendances successives est la condition de la vie normale. L'instabilité dans les tendances est

donc pathologique : on l'observe chez l'enfant au moindre trouble psychique, chez le maniaque désordonné dans ses désirs comme dans ses pensées, chez le dégénéré aux impulsions inexplicables, aux contradictions étonnantes, chez l'être dépourvu de sens moral, chez le minus habens incapable d'inclinations supérieures.

L'instabilité est émotionnelle. Le plaisir et la douleur produisent des états affectifs instables de leur nature ; on comprend que la plus légère modification les puisse transformer en états pathologiques. De l'instabilité émotionnelle font partie le misonéisme et la panophobie des dégénérés, en même temps que l'indifférence morbide, l'analgésie et l'anhédonie de M. Ribot.

L'instabilité dans les actions est une conséquence de l'instabilité de la pensée et du sentiment ; mais il est des modes pathologiques dans lesquels la discontinuité des actes apparait plus nettement que celle de l'intelligence ou de la sensibilité ; tels les convulsions, les tics, les troubles de la marche, les paralysies psychiques, qui ne peuvent pas toujours être attribués à des causes physiologiques, comme les troubles de l'innervation, mais qui peuvent trouver leur explication dans une conception motrice trop vague, trop peu aperceptive, trop incomplète pour déterminer des mouvements normaux.

Ce n'est pas seulement par des inhibitions que se manifestent les troubles psychiques de la motricité : c'est encore et plus souvent par des déviations. Les troubles de la parole, de l'écriture, les atechnies font partie de cette nouvelle catégorie de psychopathies. Ils sont, comme les autres, consécutifs à la discontinuité mentale qui a fait disparaître l'aperception nette de la finalité de ces mouvements et de leur rapport avec l'excitation psychique qui les fait naitre d'habitude. Au point de vue particulier des atechnies, ces troubles de la motricité poussent le malade à vouloir changer d'occupations, de métier, et l'instabilité intellectuelle et affective vient s'ajouter à l'instabilité pratique.

Les troubles mentaux étudiés jusqu'ici ne doivent pas être considérés isolément, ils doivent être rattachés à un état morbide de la personnalité entière, à des manières d'être pathologiques du moi, que nous allons envisager.

Les faibles d'esprit se trouvent aux confins de la vie normale et de la vie pathologique ; guidés dans leur activité par des habitudes acquises, ou des préjugés qui ne sont pas toujours en parfaite harmonie, il n'y a chez eux en dehors de ces préjugés et de ces habitudes, qu'instabilité.

Les dégénérés ont une volonté entachée de faiblesse, ils s'abandonnent au courant qui les entraîne, d'où désagrégation psychologique et partant instabilité.

Un devenir normal fait essentiellement défaut aux *imbéciles* et aux *idiots* : la tendance qui devrait donner le branle à leur acti-

vité psychique est insuffisante, aussi se produit-il chez eux arrêt de développement psychique et biologique ; l'absence d'appétitions systématisées. de tendances coordonnées vers un idéal quelconque, les empêche de souffrir de leur défaut d'adaptation.

Durant certaines phases de l'évolution physiologique, telles que la puberté, la menstruation, la grossesse, la ménopause, consécutivement à certaines maladies infectieuses, à l'intoxication alcoolique, toutes les fois en un mot qu'il y a diminution de vitalité du système nerveux, la volonté et l'attention peuvent faiblir, et peut apparaître l'instabilité mentale.

L'épilepsie est encore une forme d'instabilité. Elle est dans la plupart des cas, exception faite de l'épilepsie jacksonienne, un véritable trouble psychologique, dont l'intoxication, la compression ou l'anémie cérébrale ne sont que des causes occasionnelles.

Dans *l'hystérie*, comme dans l'épilepsie, des crises viennent interrompre le devenir normal de la personnalité et substituer un moi nouveau au moi primitif. Il n'y a pas dans l'hystérie que des phénomènes physiologiques. Le moi seul est conscient ou ne l'est pas. Frend reconnaît que l'hystérie est caractérisée par l'irrésolution, la contradiction, l'instabilité du ton émotionnel, trois formes essentielles de l'Instabilité pathologique. Pierre Janet dit encore que l'hystérie est constituée par la pluralité des moi. Cette instabilité du moi donne précisément la suggestibilité. Si les phénomènes d'hypnose, ne se rencontrent pas seulement chez les hystériques, c'est qu'il est des hystéries larvées. La léthargie se produit quand l'activité mentale devient nulle en apparence, et *il* y a catalepsie quand le sujet semble en état de monoïdéisme. Charcot attribué ce dernier état à l'isolement dans lequel se trouvent les idées suggérées à l'abri du contrôle des idées personnelles accumulées qui composent le moi. De l'avis même des grands neurologues, il faut donc voir dans tous ces phénomènes, des troubles psychiques, et le somnambulisme, qui n'est en somme que l'actualisation de la tendance hystérique aux changements de personnalité, relève également de l'instabilité pathologique.

De même la *confusion mentale*, qui conduit à toutes les formes de l'aliénation, présentant comme caractères distinctifs, l'impossibilité de fixer l'attention, l'impulsivité, l'incohérence des paroles et des actes, l'alternance de la loquacité et du mutisme, l'indifférence ou l'absence de but apparent, doit être identifiée à l'instabilité mentale.

On pourrait croire à première vue que certaines psychopathies, telles que la monomanie, l'obsession, le délire systématisé, l'extase, etc., ne relèvent pas de l'instabilité mentale. Il n'en est rien : si le monomane paraît distrait, cette distraction n'est pas la conséquence de sa préoccupation, elle est primitive et c'est à cause d'elle que le sujet est constamment obsédé. Nous sommes ici en présence d'une sorte de *stabilité morbide*.

C'est ainsi que l'entêtement des faibles d'esprit n'est pas une preuve de volonté : vouloir, ce n'est pas seulement se déterminer, c'est essentiellement se déterminer après une délibération réelle, efficace ; cet entêtement est la conséquence de l'impuissance à fixer son attention sur tous les facteurs d'une saine résolution.

La *neurasthénie* est une névrose conservative, elle est continue et progressive. Les malades qui en sont atteints sentent qu'ils ont un grand nombre d'idées à la fois, vagues et fuyantes ; ils en déduisent que leur force psychique est amoindrie, et cette déduction les amène, par exemple, à la crainte de devenir fous. Cette obsession non réfrénée grandit ; par suite de leur instabilité les neurasthéniques ne peuvent se ressaisir ; naissent alors les idées fixes.

Toute conception délirante trouve son explication dans l'instabilité : le sujet est incapable de s'arrêter aux impressions du dehors qui pourraient modifier son état pathologique ; cette stabilité morbide a débuté par une faiblesse de la force psychique qui aurait dû donner aux idées représentatives leur importance pour ainsi dire hiérarchique.

La stabilité apparente de la léthargie, de la catalepsie et de l'extase ne vient-elle pas également d'une anesthésie à l'égard de toutes les impressions extérieures et ces états de monodéisme ne sont-ils pas la conséquence d'une distraction absolue ? Ainsi la stabilité extrême naît dans la plus grande instabilité, et dans la démence, forme la plus grave de l'aliénation mentale, nous trouvons la discontinuité psychique la plus complète.

L'irritabilité psycho-pathologique revêt diverses formes selon l'âge, le sexe et le milieu social. Chaque âge a ses psychoses : l'enfance, la chorée ; la jeunesse, l'hystérie, l'hébéphrénie, les perversions sexuelles ; l'âge mûr, la manie ; la vieillesse, la mélancolie et le délire systématisé. La femme présente moins d'énergie mentale, moins d'esprit systématique, moins de puissance de volonté, que l'homme, mais peut-être le type féminin que l'expérience nous fait constater, est moins un type naturel, qu'un type social, créé par nos préjugés et par l'éducation mal comprise à laquelle la jeune fille est soumise. Les psychoses chez l'homme sont plutôt une conséquence du rang social qu'il occupe, des occupations auxquelles il se livre, qu'un apanage de son sexe. C'est chez les instables que la contagion morale fait le plus de ravage ; ce sont eux qui aggravent les paniques de la foule ; exacerbent les enthousiasmes populaires et fournissent les recrues de l'anarchie inspirée par « un altruisme exagéré joint à la néophilie. »

Pour arriver à la connaissance complète de la psychologie normale, qui nous donnera la raison de devenir mental, il faut non seulement étudier les faits psychiques chez l'enfant, le vieillard et l'être en état de sommeil, mais encore recourir à la psychopathie, auxiliaire naturelle de la psychogénèse.

Comme conclusion à cette étude nous devons nous demander s'il est possible de guérir l'irritabilité. En tant qu'être moral, il est difficile d'espérer arriver chez l'irritable à une réelle amélioration ; en raison même de son irritabilité nous ne pouvons créer chez lui que des états passagers, et si nous réussissons à lui donner des idées conformes à la moralité générale, il est à craindre que ces idées ne soient bientôt supplantées par d'autres qui leur seront opposées. C'est donc du côté de sa mentalité qu'il faudra agir.

Pourquoi n'existerait-il pas une thérapeutique mentale à côté de la thérapeutique du corps. Les plus grands médecins, Pinel en tête, ne l'employaient-ils pas ? C'est au moyen d'une rééducation véritable de l'attention et de la volonté en particulier, qu'on peut arriver à réfréner l'irritabilité ; devons-nous ajouter que c'est surtout aux débuts de ses manifestations que nous devons intervenir ? Il faut se méfier de la suggestion hypnotique, la suggestion pédagogique à l'état de veille a plus de chance de réussir. La musique, considérée par Leuret comme un agent thérapeutique, doit aussi être tenue en suspicion ; elle favoriserait plutôt l'irritabilité. On a fait des tentatives de thérapeutique mentale et on l'a appliquée en particulier aux enfants. En France, sous la direction de M. Bourneville, en Allemagne, en Angleterre, aux États-Unis, dans les Pays scandinaves, il existe des écoles de redressement, où l'on obtient de sérieux résultats. Partout s'affirme la possibilité de guérir les psychopathies naissantes, sans autre remède qu'une pédagogie appropriée.

La pédagogie devrait être à la psychiatrie, ce que l'hygiène est à la médecine du corps ; c'est à elle qu'il appartient de prévenir l'irritabilité mentale. L'éducation telle qu'elle est comprise aujourd'hui, n'est pas encore ce qu'elle devrait être ; une pédagogie rationnelle ne doit pas s'occuper seulement de l'intelligence de l'enfant, mais surtout de son cœur et de sa raison. En France, la pédagogie est peut-être un peu trop intellectuelle ; à ce point de vue elle est inférieure à la pédagogie anglaise, qui cherche à développer l'endurance et l'énergie. Elle devrait à la fois discipliner l'enfant et lui laisser en même temps une liberté relative, par laquelle il pourrait suivre ses inclinations. Les jeux où seraient mélangés les sexes viendraient en quelque sorte terminer l'éducation solide de l'enfant.

« Le devoir du philosophe est de ne pas abandonner exclusivement aux médecins l'étude des troubles de l'esprit » ; la pédagogie doit venir en aide à la psychiatrie, et de même que l'hygiène place le corps dans les conditions les plus favorables au développement physique du corps humain, la pédagogie rationnelle en prévenant les troubles psychiques, même et surtout chez l'enfant fera naitre « la fermeté, de la volonté et du caractère, qui fait la puissance de la pensée et la grandeur de l'âme ».

L'auteur nous parait aller un peu loin, lorsqu'il essaie de ramener à l'instabilité mentale tous les troubles psycho-pathologiques; il existe certainement entre les troubles psychiques et les troubles biologiques des rapports qui ne sont pas seulement de simultanéité. Les attributions des désordres mentaux suivant les âges est aussi critiquable. Chez les enfants et les adolescents on peut trouver à peu près toutes, sinon toutes les formes de la folie[1] en particulier la manie ordinaire, la manie hystérique et épileptique, la mélancolie, la démence précoce, le délire mystique, l'alcoolisme, la dipsomanie, etc., et l'on y rencontre très souvent les mêmes caractères que chez l'adulte; il n'y a guère qu'une différence de nuance. Mais où nous sommes complètement d'accord avec l'auteur, c'est lorsqu'il nous parle de thérapeutique mentale, et qu'il expose les principes d'une pédagogie rationnelle qui pourra seule atténuer chez l'adulte et prévenir chez l'enfant les troubles psychiques.

Ce livre, très documenté, est d'une lecture intéressante pour tous ceux qui s'occupent de psychiatrie et de pédagogie. J. Boyer.

XI. *Les alcooliques persécutés* ; par le Dr Cololian.

La question de l'alcoolisme est plus que jamais d'actualité et la thèse de M. Cololian vient à son heure combler une lacune dans la description des différentes modalités cliniques qui relèvent de l'intoxication par les boissons spiritueuses. Ce travail a le mérite d'étudier le délire de persécution alcoolique en cherchant à le dégager des autres variétés du délire de persécution avec lesquelles il a pu être confondu.

L'auteur divise les malades qu'il a observés en deux catégories: les dégénérés et les héréditaires. Chez les premiers la dégérescence est la cause originelle du délire de persécution et l'alcool ne fournit qu'un nouvel appoint au terrain morbide. « Tant que l'influence des causes accessoires est contrebalancée par une résistance cérébrale assez puissante, on n'observe que les épisodes caractéristiques de l'état mental des déséquilibrés ; mais dès que cette résistance se trouve affaiblie par une raison quelconque, l'équilibre se rompt définitivement, la raison s'obscurcit, le délire s'installe. » Or l'alcool, mieux que toute autre cause, précipite chez les dégénérés l'invasion du délire.

Chez les non héréditaires, le terrain favorable est dû à l'alcool

[1] M. Duprat cite dans son ouvrage l'observation que nous avons publiée avec M. Bourneville, de C... C..., dans les *Archives de Neurologie*, 1896, tome I, page 199, et qui a été reproduite dans le *Compte rendu de Bicêtre* de 1896. Il en aurait trouvé beaucoup d'autres dans la collection des *Comptes rendus de Bicêtre* de 1880-1898 qui contiennent des exemples de la plupart des formes de la folie de l'enfant et de l'adolescent.

lui-même, qui lentement, progressivement, provoque une prédisposition mentale. Les troubles psychiques succèdent à la longue aux phénomènes physiques de l'alcoolisme. Parfois aussi l'intoxication ne fait que relever une prédisposition latente marquée par des conditions biologiques normales.

Au point de vue clinique, les malades diffèrent : chez les dégénérés héréditaires, ce sont les troubles psychiques qui ouvrent la scène, les symptômes somatiques n'arrivent qu'en second lieu. Ainsi on observe d'abord un changement de caractère, quelques idées de jalousies, des idées de persécution et puis seulement des signes physiques d'alcoolisme. Chez les chroniques, c'est le contraire qui se produit : au début et pendant des années, on constate les symptômes somatiques ordinaires (pituites, pyrosis, anorexie, crampes, etc.) et à la longue seulement apparaissent d'une manière insidieuse des troubles mentaux.

La symptomatologie est à peu près la même dans tous les cas lorsque le délire est constitué et l'auteur assigne à l'évolution de ce délire trois périodes distinctes (trop distinctes peut être, car en réalité la première et la seconde sont bien souvent confondues), ce sont : 1° l'incubation ou invasion pendant laquelle on observe le délire de jalousie, la dépression mélancolique, les idées de suicide ; 2° la période d'état caractérisée par la persécution et les hallucinations (hallucinations de l'ouïe beaucoup plus fréquentes que les autres troubles sensoriels) ; 3° la guérison ou la terminaison par la démence.

Le pronostic est en général défavorable, étant donné que les malades, les héréditaires par leur penchant morbide et les alcooliques chroniques par l'affaissement de leur volonté sont facilement des récidivistes. Nous ne partageons pas tout à fait l'opinion émise par l'auteur en ce qui concerne les alcooliques chroniques dont les idées de persécution réapparaîtraient à chaque rechute plus actives et plus systématisées ; nous croyons plutôt que cette systématisation s'atténue en même temps que les facultés intellectuelles s'obscurcissent ; les idées délirantes perdent peu à peu leur netteté et ne tardent pas à revêtir le caractère démentiel.

Signalons le chapitre des applications médico-légales auxquelles donne lieu l'étude du délire de persécution alcoolique : le rôle du médecin légiste sera d'établir les faits, de faire ressortir la nature pathologique des actes commis par le persécuté, de démontrer les relations des troubles hallucinatoires avec ces actes.

Après avoir rappelé tout ce qui a trait à l'hygiène et à la médication particulière de l'alcoolique persécuté, M. Cololian insiste d'une façon toute spéciale sur le traitement moral. « On en fait peu de cas, dit-il, dans nos asiles et à tort, car il est d'importance première dans les psychoses... Ainsi on guérit le buveur adulte en gouvernant sa passion, en le dirigeant, en modifiant son carac-

tère... » Hélas! les louables intentions de l'auteur et les nôtres se heurteront le plus souvent à cette volonté débile ou défailllante qu'il a si bien mise en lumière et l'alcoolique (persécuté ou non) sera peu sensible aux arguments développés pour le convaincre.

Leibnitz, dont les conseils sont cités à ce propos, prescrivait un voyage, entrepris tout exprès, pour guérir un amour malheureux. Nous ne savons pas si ce genre de traitement a produit d'heureux résultats ; nous nous permettrons d'en douter et nous inclinons à penser que les voyages ont guéri de leur amour ceux-là seulement qui n'en étaient pas bien malades. De même pour les alcooliqnes, le traitement moral n'aura d'effet qu'au début de l'intoxication et ne ramènera dans le bon chemin qu'un bien petit nombre d'égarés.

Aussi est-ce surtout à la prophylaxie que nous adresserons nos préférences, par la propagande privée et par l'éducation de la jeunesse qui seules dans la lutte contre l'alcool ont déjà remporté des succès. Au surplus, nous ne perdrons pas courage, et si la tâche est ingrate, nous nous inspirerons en présence de l'alcoolique invétéré des préceptes de Kowalevsky : « Tantôt, dit Kowalevsky, le malade réclame de l'indulgence, de la bonté ; tantôt il doit être traité avec sévérité et on se montrera inflexible à son égard; d'autres fois encore on lui tiendra un langage aimable ou railleur... » Cela demande sans doute une grande habitude des malades, un sens clinique exercé ; mais le professeur russe exige encore de nous une somme de perfection qui, si elle était réalisée, produirait assurément des merveilles ; « Le médecin aliéniste sera nécessairement observateur, fin, spirituel ; il saura conserver le calme, le sang-froid, la présence d'esprit au milieu des circonstances les plus difficiles... » En résumé, le travail de M. Cololian renferme plus d'un chapitre intéressant, la division en est claire, méthodique, les observations toutes personnelles sont judicieusement choisies ; il sera consulté avec fruit. L. Thivet.

VARIA.

Statistique des bègues en France.

Le bégayement est considéré dans tous les pays comme un cas d'exemption du service militaire. On peut être surpris au premier abord, que cette affection ait paru assez grave à l'autorité militaire pour justifier l'exemption.

Si l'on y réfléchit, on voit que le bègue, étant inhabile à parler,

peut malaisément fournir les explications qu'on peut avoir besoin de lui demander et que, par là, il peut être une cause de désordre. Mais il y a plus. Comment confier à un bègue le rôle de sentinelle? Il y a gros à parier que lorsqu'il faudra crier : « Qui vive? » il aura beaucoup de peine à s'acquitter de sa tâche. Et peut-être même que, paralysé par l'émotion qui ne manquerait pas de le saisir dans une occasion un peu troublante, il ne dirait rien du tout lorsqu'il faudrait au contraire parler et risquerait ainsi de compromettre la troupe qu'il serait chargé de protéger. On voit donc, que finalement, la mesure est dictée par le bien du service.

Le ministère de la guerre publie, chaque année, les procès-verbaux des conseils de revision. On y trouve pour chaque département le nombre des conscrits exemptés comme atteints d'infirmités rendant impropre au service militaire.

C'est à ces sources officielles que M. Chervin a pris les renseignements qui lui ont servi à dresser la statistique et la répartition géographique du bégayement en France.

Pour étudier la fréquence d'une infirmité, il faut comparer le nombre des conscrits exemptés pour cette infirmité à celui des examinés. M. Chervin a fait porter ses recherches sur une période de dix ans, 1886 à 1895. Ce qui est remarquable, tout d'abord, c'est combien les départements sont diversement frappés. Le département à moyenne minimum, la Seine, présente une proportion de 1 bègue pour 1.000 conscrits examinés; le département à moyenne maximum, les Côtes-du-Nord, en a près de 30.

Les proportions se suivent assez régulièrement de 1 à 10 p. 1000 puisque 71 départements sont compris dans cette limite. Les moyennes s'élèvent ensuite rapidement jusqu'à 20 p. 1.000 contenant seulement 13 départements dans cet autre limite de 10 unités. Puis des soubresauts très marqués apparaissent et l'on passe successivement de 20 à 25, 26 et 29 p. 1.000. Il va sans dire que ces trois dernières moyennes sont tout à fait exceptionnelles.

En somme, sous le rapport du bégayement, la France se partage en deux moitiés égales et diversement frappées.

La moitié méridionale, et notamment le sud-est, est très sensiblement la partie la plus maltraitée. La moitié septentrionale d'une manière générale est, au contraire, dans des conditions favorables. L'Artois, la Flandre, la Lorraine, la Franche-Comté, la Bourgogne, le Nivernais, la Champagne, l'Orléanais, la Touraine, l'Anjou, l'Ile de France et la Picardie ont des moyennes faibles. Seules la Normandie, la Bretagne et le Poitou ont des moyennes élevées. Dans la moitié méridionale se trouvent les régions à forte moyenne : le Limousin, le Dauphiné, la Savoie, la Provence et le haut Languedoc.

Quelle est l'explication de cette curieuse répartition géographique? Si l'on compare le cas d'exemption du service militaire

pour cause d'affection nerveuse à ceux d'exemption pour bégayement, l'on voit que les deux statistiques présentent de nombreux points de ressemblance et que la silhouette générale est absolument la même.

Au fond la chose ne présente rien que de très naturel, car le temps n'est plus où l'on considérait le bégayement comme dû à un vice de conformation de la langue ou à la présence de tumeurs adénoïdes dans les fosses nasales, etc. L'expérience scientifique montre plus clairement, chaque jour, que le bégayement est une affection nerveuse. Dès lors il n'y a rien d'extraordinaire à lui voire suivre la marche des affections nerveuses.

La statistique a montré à M. Chervin que 1.000 conscrits environ sont exemptés complètement chaque année du service militaire ou versés dans le service auxiliaire; cela fait une proportion de 7,50 p. 1.000 examinés. C'est une moyenne déjà assez élevée, mais elle ne représente qu'un minimum, car les instructions ministérielles ne prescrivent l'exemption que lorsque le bégayement est assez prononcé pour empêcher de crier : « Qui vive? » ou de transmettre intelligemment une consigne. Dans le cas contraire, il est classé dans le service auxiliaire. (*Revue scientifique*, 22 octobre 1898.)

Internement d'un aliéné ; résistance du maire de sa commune.

Le *Bonhomme normand* (22 avril) reproduit le fait suivant :

Un jeune homme de l'arrondissement de Bayeux, atteint d'un mal nerveux, a été interné à l'asile du Bon-Sauveur de Caen et y a été maintenu malgré l'avis défavorable du maire de la commune. Ce jeune homme est-il devenu réellement fou? Beaucoup de ceux qui le connaissent en doutent. Une enquête, seule, pourrait les convaincre. A la suite de cet internement, le maire a été mis en demeure par la préfecture de signer un mandat pour la contribution de la commune dans la dépense due au Bon-Sauveur. Les communes doivent, assurément, payer lorsque la famille de l'interné est dans l'indigence. Tel n'est pas le cas, car la famille du jeune homme interné n'est pas dans la misère ; son père toucherait même une pension de retraite assez élevée. C'est à vérifier.

Ce cas n'est malheureusement pas isolé. Au lieu de provoquer l'internement des aliénés pour rendre la guérison plus facile, beaucoup de maires, afin de ne pas obérer leur commune, le retarde le plus longtemps qu'ils peuvent.

Voici un autre fait qui vient à l'appui de l'opinion que

nous venons de formuler au sujet de l'indifférence des maires en ce qui concerne l'assistance des aliénés :

— Au milieu des lâchetés et des défaillances de l'heure actuelle, il est bon de trouver des actes de probité, de dévouement et d'honneur. On ne saurait les passer sous silence et les signaler est un plaisir en même temps qu'un devoir.

Dans un village de l'Ardèche, à Saint-André-de-Cruzières, une fillette idiote perdit son père et sa mère, et resta seule au monde. Nos paysans sont peu compatissants, la commune n'est pas riche, le curé était plus occupé des affaires du ciel que de ses ouailles, et la pauvre malheureuse, abandonnée et rebutée, n'avait plus qu'à crever de faim sur le bord d'une route, comme un animal. Elle trouva une providence dans l'institutrice communale laïque, Mlle Froment, qui l'a recueillie, s'est chargée de la nourrir, de la vêtir et de lui donner tous les soins réclamés par son état en attendant son admission dans un asile. (L'*Aurore* du 24 avril.)

FAITS DIVERS.

Les épileptiques. — Le nommé Marius A..., jardinier, âgé de 25 ans, demeurant à Dardennes, passait hier, après midi, sur le boulevard de Strasbourg. Pris soudain d'une violente crise épileptique, le malheureux est tombé lourdement sur le sol et s'est fait quelques blessures, heureusement sans gravité. Un certain nombre de curieux s'étaient groupés autour du malade qui a repris enfin connaissance un bon moment après, et a pu regagner son domicile. (*Petit Var,* 12 avril.)

Abus de l'hypnotisme. — Un marchand d'objets de sainteté, de Montmartre, a hypnotisé la fille d'un de ses amis et a abusé d'elle. Aujourd'hui la jeune fille est enceinte. (*Bonhomme normand*, 22 avril.)

L'Assistance des aliénés. — Sous ce titre : *Sauvée par un chien*, le *Petit Parisien* relate le fait suivant :

« Au n° 24 de l'avenue Faidherbe, aux Lilas, habitait une femme Eugénie Monteille, atteinte de la monomanie du suicide. Hier matin, voulant, pour la quatrième fois en finir avec la vie, elle alla se jeter dans un puits situé au fond du jardin de la maison qu'elle habite. Mais il était dit qu'elle ne réussirait pas davantage cette fois. En effet, à un mètre environ au-dessus du niveau de l'eau, son jupon s'accrocha à un énorme morceau de fer fixé dans la

paroi du puits. Ainsi suspendue au milieu de l'abîme, la malheureuse se mit à pousser des cris horribles qui n'attirèrent l'attention que du chien de garde de la maison.

L'intelligent animal vint alors se placer devant l'orifice du puits, appuyant ses pattes de devant sur l'extrémité de la margelle et se mit à aboyer avec furie. La persistance de ses aboiements amena enfin l'intervention d'un voisin, M. P..., âgé de trente-sept ans, qui, en arrivant auprès du puits, perçut enfin les cris que poussait la pauvre femme, et la vit se débattant au-dessus de l'eau. Aussitôt il courut chercher de l'aide et se fit descendre. Il n'était que temps. Sous le poids de la femme, ses vêtements accrochés au morceau de fer se déchiraient peu à peu et allaient céder. M. P... saisit la femme Monteille après bien des difficultés et parvint, aidé par plusieurs ouvriers, à la remonter dans le jardin.

Pour prévenir toute nouvelle tentative de suicide, M. Clément, commissaire de police, a fait diriger la malheureuse aliénée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, non sans avoir chaudement félicité son sauveteur. » D'où il suit qu'on aurait dû provoquer plus tôt l'internement de cette malheureuse.

Aliénés en liberté. — *Un fou assassin.* On écrit de Saint-Etienne au *Progrès de Lyon* du 4 avril :

La commune des Tarentaises, but d'excursions de nombre de Stéphanois pendant la saison estivale, a été dans la nuit de samedi à dimanche le théâtre d'un drame de la folie. Un habitant de cette localité, le nommé Blochon, qui avait été, il y a un an, interné à la suite d'actes de folie, de nature à faire craindre pour son entourage, a été pris d'un nouvel accès et a tué sa femme d'un coup de fusil.

Alcoolique meurtrier. — A Nancy (3 avril), un cordonnier d'origine italienne, Salvator Desgardin, âgé de dix-huit ans, se trouvait dans un débit de boissons, au coin de la rue et du passage Victor, en compagnie d'un tailleur d'habits, Louis Zigan, et de plusieurs camarades. Une discussion futile commença, qui s'envenima par suite de l'état d'ébriété où se trouvaient tous ces individus. Soudain, dans un accès de fureur alcoolique, Desgardin, tirant de sa poche un couteau à lame mince et effilée, en porta un coup à Zigan qui tomba frappé au cœur.

Le meurtrier s'enfuit. Quelques instants après on l'arrêtait chez sa sœur, Mme Rèche, chez qui il fumait tranquillement une cigarette. Il a fait des aveux complets. Desgardin a la plus déplorable réputation dans son quartier. Quant à Louis Zigan, qui est mort sur le coup, il était veuf et père de deux enfants, âgés de quatorze et de dix ans. (*Petit Journal*, 4 avril.)

Bianchi (L.). — *Su le idee fisse.* — Brochure in-8° de 35 pages. — Firenze, 1899. — Tipografia L. Niccolai.

Bianchi (L.). — *La causa d'impotenza.* — Brochure in-8° de 37 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia Gennario Maria priore.

Bianchi (L.). — *Contributo alla diagnosi e alla cura delle artralgie isteriche.* — Brochure in-8° de 26 pages. — Milan, 1898. — Imprimerie Vallardi.

Bianchi (L.). — *La truffatrice internazionale* (*Perizia medico-legale sulle condizioni mentali della signora Sib. B. nata S.*). — Brochure in-8° de 24 pages. — Napoli, 1898. — Tipografia A. Tocco.

Bianchi. — *Il nervosismo di questa fine di secolo.* — Brochure in-8° de 30 pages. — Napoli, 1899. — Tipografia Pierro e Veraldi.

Bourneville. — *Des épileptiques et de leurs accès. Rôle de l'infirmière.* — Brochure in-18 de 18 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés : 0 fr. 40. — Bureaux du *Progrès médical.*

Dallemagne. — *La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale.* — Volume in-8° de 212 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1898. — Librairie G. Masson.

Duprat (G.-L.). — *L'instabilité mentale.* (Essai sur les données de la psycho-pathologie.) — Volume in-8° de 310 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 1899. - Librairie F. Alcan.

Finzi (J.). — *Psichiatria Tedesca : 1re, 2e, 3e et 4e Lettera al Direttore del Manicomio di Ferrara.* — 4 brochures in-8°, formant ensemble 52 pages. — Ferrara, 1899. — Tipografia Eridano.

Grasset et Gibert. — *Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal* (*Le syndrome parélo-spasmodique et le cordon latéral*). Volume in-8° de 106 pages. — Montpellier. 1899. — Imprimerie Ch. Boehm.

Kovalevsky (P.). — *La paralysie générale au point de vue médico-légal.* — Brochure in-8° de 34 pages. — Gand, 1898. — Imprimerie Vander Haeghen.

Long (Ed.). — *Les voies centrales de la sensibilité générale* (Etude anatomo-clinique). — Volume in-8° de 280 pages. — Paris, 1899. — Librairie Steinheil.

Mabille (L.). — *De l'efficacité de l'arsenic contre les accidents de la médication thyroïdienne.* — Brochure in-12 carré de 48 pages. — Reims, 1898. — Chez l'auteur.

Parkes Weber. — *On two cases of early syphilitic paraplegia.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Londres, 1898. — Librairie Macmillan et Cᵒ.

Revue philosophique. — Sommaire du numéro de mars 1899 (24e année) : H. Bois : La conservation de la foi (1er article). — A. Fouillée : La psychologie religieuse dans Michelet. — J.-J. Van Biervliet : L'homme droit et l'homme gauche (2e article). — Revue générale ; V. Henri : Les travaux récents de psychophysique (fin). — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 399

Vol. VII. Juin 1899. N° 42

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE.

LE DÉLIRE SYSTÉMATIQUE PRIMITIF D'AUTO-ACCUSATION ;

Par le Dr J. SÉGLAS,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Le délire d'auto-accusation a été longtemps considéré comme caractéristique de la mélancolie. Aujourd'hui encore, le terme de délire mélancolique est bien souvent employé, par un véritable abus de langage, comme synonyme de délire d'auto-accusation; et pour peu que ce délire s'accompagne d'un état de dépression ou d'anxiété plus ou moins accentué, d'idées de suicide, etc., le diagnostic de mélancolie paraît indiscutable.

Il est loin cependant d'en être toujours ainsi. Car, ce n'est pas tant la simple notation de ces symptômes qui importe, que la détermination de leur mode d'apparition et d'enchaînement.

Puis, le délire d'auto-accusation n'est nullement caractéristique d'une forme mentale déterminée et peut se rencontrer dans bien des circonstances différentes, au même titre que tout autre délire.

Si l'on considère, en particulier, les formes systématiques de ce délire d'auto-accusation, nous savons d'une part qu'il peut se présenter à titre de délire systématisé secondaire, consécutif à une phase de mélancolie aiguë.

D'autre part certains auto-accusateurs, plus ou moins déprimés ou anxieux, ne sont plus regardés aujourd'hui comme

atteints de mélancolie, mais sont classés à juste titre parmi les délirants systématiques primitifs, aigus ou chroniques.

Il est à remarquer que, dans les cas de ce genre envisagés jusqu'ici, un des éléments de diagnostic a été le *polymorphisme* du délire; les idées d'auto-accusation se manifestant avec d'autres idées, hypochondriaques, de persécution, plus ou moins étroitement reliées l'une à l'autre, présentant la note habituelle aux délirants systématiques; ou bien se montrant, accompagnées d'autres symptômes (anxiété, hallucinations, sitiophobie, suicide) à titre d'épisode aigu et transitoire, au cours d'un délire systématique préexistant, de formule différente. La distinction avec la mélancolie se trouvait ainsi singulièrement facilitée.

Or, il est d'autres cas, tout à fait analogues, où cet élément important de diagnostic fait défaut, les idées d'auto-accusation constituant à elles seules le délire. Ce sont des faits de ce genre, désignés quelquefois du nom, assez impropre à notre avis, de mélancolie des dégénérés et représentant en quelque sorte le *type pur* du délire systématisé primitif d'auto-accusation, que nous nous proposons d'étudier spécialement aujourd'hui[1]. Depuis plusieurs années, nous avons pu en réunir un certain nombre d'exemples (10) qui nous serviront de guides dans cette description.

Si l'on envisage l'aspect symptomatique et l'évolution de l'affection, on peut distinguer : 1° des cas à évolution chronique; 2° des cas aigus revêtant la forme de délires d'emblée plus ou moins prolongés ou de simples bouffées délirantes.

I. Voyons d'abord les cas à évolution chronique.

Le début des accidents délirants est déjà par lui-même assez caractéristique. Il rappelle exactement celui de formes de délires systématisés primitifs qui nous sont plus familiers, tels les délires de persécution.

Tantôt, en effet, les conceptions délirantes se manifestent

[1] On pourra trouver quelques indications à ce sujet dans les travaux suivants : Witkowski. *All. Z. für Psych.* Bd XLII, 6, 1886. — Koch. *Guide de psychiatrie.* — Krœpelin. *Compendium de psychiatrie.* — Schuele. *Traité des maladies mentales.* — Marandon de Montyel. *Ann. médico-psych.*, 1890. — Ballet. Art. *Psychoses* in *Traité de médecine Charcot-Bouchard.* — Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, et communications au Congrès d'Angers, 1898. — Roncoroni. *La paralypémanie* in *Ann. di fren.*, 1898.

subitement, sans avoir été précédées de ces différents symptômes, somatiques ou psychiques, qui marquent le début des accès de mélancolie. Tantôt, elles se sont développées d'une façon insidieuse, sans que l'attention de l'entourage ait été attirée sur l'existence d'une affection mentale avant l'apparition du délire.

L'explication de ce mode de début se trouve tout naturellement dans la constitution psychique même des sujets. Ce sont en général des héréditaires plus ou moins tarés, qui, antérieurement déjà, ont pu présenter des signes divers de déséquilibration mentale. Souvent même on retrouve chez eux certains traits de caractère particuliers. Ce sont des individus peu communicatifs, timides, indécis, scrupuleux, sans cesse défiants et mécontents d'eux-mêmes, rêvant d'un idéal chimérique, sujets aux désillusions et au découragement, en un mot présentant déjà en germe des tendances que leur délire ne semble que traduire plus tard d'une façon exagérée. En même temps, leur caractère par d'autres traits, notamment la susceptibilité, l'orgueil, l'entêtement, l'égoïsme, la méfiance rappelle quelque peu celui des délirants systématiques ordinaires.

Le symptôme le plus saillant de l'affection une fois constituée, se trouve dans l'existence des idées d'indignité, d'incapacité, de culpabilité, etc., en un mot du délire d'auto-accusation. Mais ce délire se présente sous un aspect, avec des caractères intrinsèques très différents de ceux du délire d'auto-accusation de la mélancolie. Il se manifeste à titre de phénomène primitif et prédominant, au lieu d'être, comme dans la mélancolie, un phénomène secondaire. Il n'est pas l'expression délirante d'un changement dans les conditions de la personnalité du malade, mais ne représente que l'exagération dans le même sens de certains traits d'une personnalité déjà anormale.

Aussi n'a-t-il pas non plus ce caractère pénible, de peine morale, que le délire du mélancolique puise dans l'un des éléments fondamentaux de la maladie, la douleur morale. Ici la perturbation affective primordiale est absente; et la seule note émotionnelle que l'on peut saisir, souvent très nette, dans l'attitude, les discours même du malade, est celle de l'amour-propre vexé, du mépris affecté de soi-même, de l'orgueil impuissant. Aussi pourrait-on presque dire que l'humilité du

délire n'est qu'une étiquette trompeuse, qu'elle n'est pas une humilité sincère, mais ne traduit souvent qu'un sentiment d'humiliation et par suite d'orgueil, de vanité blessée.

D'autre part, il est à remarquer que ce délire d'auto-accusation ne présente pas cette espèce de rayonnement centrifuge du délire du mélancolique. Le malade n'envisage pas les conséquences que peuvent avoir son indignité, son incapacité, sa culpabilité, etc. sur l'avenir des siens. Il fait preuve au contraire d'un profond égoïsme, reste confiné dans l'analyse subjective, la contemplation désespérante de son moi.

Loin d'avoir cette fixité monotone qui fait du délire mélancolique une sorte de litanie, les conceptions délirantes revêtent un caractère de systématisation des plus nets. Les moindres faits sont interprétés par le malade dans le sens de ses idées et deviennent autant de preuves à l'appui de ses convictions. A tout instant il fait preuve d'un manque de critique absolu, ne se rend à aucun argument et, dans l'édification de son système délirant, il ne se borne pas à chercher des preuves dans le présent, mais il remonte dans son passé pour y trouver à chaque pas de nouvelles preuves de son indignité et de ses fautes.

Ce délire d'auto-accusation repose essentiellement sur des interprétations délirantes : dans les cas de forme chronique que nous avons observés, nous n'avons pu relever d'hallucinations. Cela d'ailleurs n'infirme nullement la possibilité de leur existence.

Lorsque l'on examine l'état mental sur lequel repose ce délire, on n'y retrouve aucune de ces modifications si caractéristiques qui accompagnent le délire d'auto-accusation chez le mélancolique. Ici les facultés intellectuelles ont conservé, dans leur exercice, toute leur vivacité. L'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées ne témoignent nullement de cet arrêt psychique habituel à la mélancolie. En dehors de leur délire partiel, les malades conservent toute leur lucidité, toute leur vivacité d'esprit; et beaucoup d'entre eux peuvent même continuer à s'acquitter comme devant de leurs occupations ordinaires.

Au point de vue émotionnel, il n'y a rien qui rappelle la douleur morale profonde et fondamentale du mélancolique. Tout au plus peut-on noter dans les paroxysmes, à l'état passager, un peu de dépression ou d'agitation anxieuse. Mais

il est très aisé de se rendre compte qu'il ne s'agit là que de simples phénomènes réactionnels, tels qu'on les observe souvent par intervalles chez les persécutés systématiques.

En parlant des réactions de ces malades, nous devons une mention toute particulière aux tentatives de suicide qui, mûrement réfléchies, bien combinées, exécutées avec décision, sont souvent des plus dangereuses et déjouent la surveillance la plus attentive.

Il y a là une certaine différence avec ce qu'on observe chez les mélancoliques qui, mûrissent sans doute très longtemps leurs projets de suicide, inventent toutes sortes de plans, mais en remettent l'exécution de jour en jour; chez lesquels ce luxe de combinaisons ne fait, en réalité, que cacher un manque absolu de décision et d'initiative, inhérent à leur condition même de mélancoliques; et dont les tentatives de suicide n'aboutissent que sous le coup d'un raptus anxieux, de terreurs panophobiques, d'une impulsion subite.

Au point de vue somatique, comme au point de vue psychique, on ne retrouve encore rien de l'état mélancolique. L'état général reste bon, les fonctions organiques s'accomplissent normalement. La physionomie, l'attitude, le langage ne rappellent non plus en rien ceux des mélancoliques.

Si rapide qu'il soit, l'exposé précédent suffira, je l'espère, pour montrer combien, par le mode de début, les caractères du délire, l'absence de tout symptôme, somatique ou psychique, d'un état mélancolique fondamental, ces cas diffèrent de la mélancolie pour se rapprocher au contraire de la folie systématique.

Voici d'ailleurs un exemple entr'autres qui me paraît bien démonstratif.

X... est un jeune homme de vingt-cinq ans, de taille moyenne, régulièrement constitué ; son aspect physique, au moment même où il nous est amené, ne trahit nullement un état de souffrance de l'organisme. Sa physionomie, son attitude ne nous révèlent au premier abord rien de bien particulier. Il nous apparaît seulement comme très émotif, timide, embarrassé.

Peu prolixe, volontiers même réticent, il émet cependant très nettement des idées particulières, dont la formule générale mérite dès l'abord de fixer notre attention.

C'est ainsi qu'il se considère comme un être inférieur à tout le monde, une sorte de rebut de l'espèce humaine. Rien de ce qu'il fait n'est bien ou suffisamment bien : et malgré tous ses efforts,

il n'arrive pas à se maintenir au niveau d'un homme ordinaire. Il n'est qu'un propre à rien, un mauvais employé, un être inutile, incapable de subvenir à ses besoins, à ceux de sa famille, d'élever son enfant. Il est un menteur, un fourbe, un hypocrite, un lâche, etc... Il n'est qu'un « fantôme d'homme ».

Par leur caractère d'auto-accusation généralisée, les conceptions délirantes offrent ainsi de grandes ressemblances avec celles des délirants mélancoliques ordinaires. Mais, en les analysant de plus près, elles semblent se distinguer par quelques notes très particulières.

C'est ainsi qu'elles n'ont pas ce caractère pénible, de douleur morale profonde, qui marque d'une empreinte si caractéristique le délire du mélancolique. Le malade se sent simplement humilié de son infériorité et le sentiment qu'il en ressent est avant tout celui de l'amour-propre vexé. Cela est très nettement mis en lumière par son attitude, le ton général de son discours, le mépris presqu'affecté avec lequel il se traite, ses interjections, ses haussements d'épaule lorsqu'il parle de lui-même, et certaines de ses phrases où par exemple il déclare dédaigneusement n'être « qu'un fantôme d'homme, qui n'est seulement pas capable d'être le maître chez lui ».

Ce n'est plus le sentiment d'humilité vraie du mélancolique qui transparaît dans la formule du délire, mais un sentiment d'humiliation, et par suite d'orgueil.

D'ailleurs, bien que ce délire soit un délire d'auto-accusation, il n'a point le rayonnement centrifuge de celui du délirant mélancolique. Le malade reste absorbé dans l'analyse subjective de son moi moral, dans la contemplation de son état d'infériorité et d'abjection. Mais, malgré les apparences, il n'en tire pas de conséquences pour ceux qui l'entourent; et ses aspirations à un idéal de perfection morale ne sont que le voile sous lequel se cache un égoïsme extraordinaire, et un orgueil profond.

Bien que les idées délirantes revêtent toutes la même formule uniforme d'auto-accusation, le délire ne se présente pas avec le caractère de fixité, de monotonie du délire mélancolique. Il est empreint au contraire d'une systématisation des plus évidentes. Le malade ne se contente pas d'affirmer son infériorité, de se lamenter sur son incapacité; mais les plus petits faits, les moindres de ses actes sont interprétés dans le sens de ses convictions erronées et invoqués comme preuves à l'appui. Il discute tous les arguments qu'on peut lui opposer. En vain sa femme déclare ne manquer de rien, et trouver que les ressources du ménage les mettent à l'abri du besoin; il ne se laisse pas convaincre. Ce sont de vaines paroles dites pour le rassurer, et en admettant même que sa femme soit sincère, cela prouve qu'elle s'aveugle sur tout, sur la vie, sur les hommes, en particulier sur lui. — Que ses chefs

soient contents de lui, il est possible qu'ils le disent, mais leur témoignage n'a aucune valeur : car il est mille petits détails de son service qu'ils ignorent et par suite ils ne peuvent juger de son incapacité réelle. L'avancement qu'on songe à lui donner ne signifie rien non plus, puisqu'on s'abuse sur son compte, et qu'il ne le mérite pas; et il faudra bien que tôt ou tard on s'en aperçoive. Que son confesseur trouve ses scrupules de conscience exagérés, qu'est-ce que cela peut signifier ? Son rôle n'est-il pas d'être indulgent, de consoler, de ne pas décourager ses pénitents ? Ses scrupules sont vrais et justifiés, il ne fait que le mal ; et alors même qu'il semble faire quelque chose de bien, cela est faux parce qu'il a toujours le mal en tête depuis son lever jusqu'à son coucher.

Lorsqu'il est à bout d'arguments, il ne persiste pas moins dans ses opinions, se contentant de déclarer « qu'il y voit clair et qu'il n'y a que lui qui y voie clair ».

En face de cette prétention exagérée, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer un fait qui met au contraire bien en lumière le manque absolu de critique de la part du malade, opposé à l'analyse qu'il fait de son « état d'âme » et qui pourrait en imposer. Nous avons émis tout à l'heure l'opinion que ses idées d'auto-accusation n'étaient que le masque d'un orgueil profond. Voilà une chose qu'il se refuse absolument à admettre et il est curieux de voir cet individu, qui semble se juger avec la dernière sévérité, s'attribuer toutes sortes de défauts, ne pas admettre ceux qu'il a réellement et que tout le monde autour de lui lui reconnaît, la susceptibilité, l'orgueil, l'entêtement.

Il est à noter aussi qu'il supporte très mal la contradiction : toute discussion l'impatiente ; à la moindre objection il hausse les épaules, regarde son interlocuteur d'un air quelque peu dédaigneux, élève la voix, devient irritable, s'anime, et répond avec vivacité, d'un ton brusque, mécontent, presque colère.

D'après ce qui précède, le caractère de systématisation du délire semble déjà évident. Il apparaîtra encore plus net, lorsque l'on saura que le malade apprécie de la même façon, non seulement les faits de sa vie actuelle, mais encore ceux de toute sa vie passée ; et vis-à-vis des uns comme des autres se montre rebelle à toute interprétation différente de la sienne. Par exemple, si lors de son service militaire il a rapidement conquis les galons de sous-officier, ce n'est pas une preuve qu'il fût bon soldat. Mais ses chefs se sont abusés sur son compte parce qu'il était un hypocrite et s'il fût resté au service on aurait bien été obligé de reconnaître son incapacité et son hypocrisie ; on l'eût certainement cassé de son grade. Si je me borne à citer ce fait, cela ne veut nullement dire qu'il soit isolé. Au contraire le malade aujourd'hui juge de la même façon tous les détails, même les plus éloignés, de sa vie antérieure : et, dans cette analyse rétrospective, refait ainsi toute son

existence dans le sens de ses convictions actuelles, la jugeant avec la même sévérité.

Aussi que lui importe l'avenir ? il n'a pas d'illusions à se faire à cet égard et sait bien à quoi s'en tenir. L'avenir sera ce que fut le passé, ce qu'est le présent, si ce n'est pis encore. Peut-il être jamais autre chose qu'un incapable, lâche, hypocrite et menteur.

Malgré tout, le malade ne semble pas se résigner volontiers à cette perspective. Tout en faisant peu de cas de l'utilité de ses efforts, il ne semble pas abandonner son rêve de perfection idéale. Maintenant encore il continue à remplir, plus exactement et plus scrupuleusement que jamais, ses devoirs religieux ; il se rend chaque jour à ses occupations, s'occupe de ses fonctions journalières avec le plus grand zèle et ses chefs déclarent spontanément être aussi satisfaits que possible de ses services ; il est même question pour lui d'un avancement.

Les considérations précédentes nous montrent que le délire de ce malade, soigneusement analysé, ne présente pas les caractères habituels du délire d'auto-accusation mélancolique, mais se rapproche au contraire, par bien des côtés du délire de la folie systématique (paranoïa) primitive.

Parmi les caractères différentiels du délire de la mélancolie et de la paranoïa primitive, il en est un fondamental, qu'il nous reste à examiner chez notre malade, celui de l'origine secondaire ou primitive.

Quel a donc été chez lui le mode d'apparition et de développement des idées délirantes qu'il émet aujourd'hui ? L'étude des anamnestiques nous fournira à ce propos des renseignements de première importance.

Notons d'abord que le père de ce jeune homme est mort dans un asile d'aliénés ; un oncle, frère du père, a présenté également des symptômes d'aliénation mentale.

Rien de particulier dans son enfance. Intelligent, mais apathique, il a toujours été d'un caractère méticuleux, scrupuleux, indécis, timide et en même temps orgueilleux, très entêté, triste, peu communicatif, se défiant des autres aussi bien que de lui-même. Plus tard, il fit preuve d'un véritable état d'instabilité mentale, changeant de métiers sans motif sérieux, sans but défini, se laissant aller à l'aventure, sans initiative personnelle, au gré des suggestions du moment, pris d'enthousiasme au moindre propos pour une chose nouvelle et tombant de même tout aussi vite dans la désillusion

et le découragement. Malgré les fatigues et les veilles supportées dans différentes places, il lisait beaucoup, mais n'importe quoi, sans suite et sans projet, sous le coup de vagues aspirations à un idéal obscur de supériorité intellectuelle et morale.

A dix-huit ans, onanisme pendant dix-huit mois. A vingt et un ans, il a fait son service militaire et est sorti du régiment avec le grade de sous-officier. Toujours scrupuleux, sans cesse mécontent de lui-même, ne trouvant jamais qu'il faisait assez ni assez bien, il était en revanche très aimé de ses camarades et très estimé de ses chefs.

A vingt-trois ans, une fois libéré du service, il a connu par hasard, dans les relations de sa mère, une jeune orpheline qui, élevée par des parents libres-penseurs, venait de se convertir et d'entrer au couvent. Après quelques entretiens seulement avec elle, lui, qui jusqu'ici s'était toujours assez peu soucié de la religion, se met à pratiquer avec exagération. C'est à partir de ce moment que les idées délirantes, sans être précédées ni accompagnées d'aucun autre symptôme particulier, ont commencé à se manifester d'une façon apparente pour la famille qui cependant n'y attacha pas grande importance. Dans les sociétés dont il faisait partie, comme dans l'administration où il était employé, le malade, en raison même de ses scrupules, n'était que plus estimé, considéré comme un excellent sujet, animé des meilleurs sentiments, d'une conduite tout à fait édifiante.

Depuis, les conceptions erronées n'ont fait que se développer progressivement; elles ont pris surtout une extension plus rapide, en même temps qu'une ténacité plus grande, depuis le mariage du malade, il y a neuf mois déjà.

Au point de vue de son origine, le délire d'auto-accusation nous parait bien, d'après ce qui précède, mériter ici le qualificatif de primitif. Il n'est plus, comme dans la mélancolie, l'interprétation secondaire de phénomènes primordiaux (troubles cénesthésiques, douleur morale, arrêt psychique), dénotant une modification profonde survenue à un moment donné dans toute la personnalité du sujet. Il se développe insidieusement, progressivement, en ne représentant que l'exagération d'un caractère indécis, instable, scrupuleux, toujours à la poursuite d'un idéal que son manque d'équilibre natif ne lui permet pas d'atteindre; malheureux de son

impuissance, qu'une certaine dose d'orgueil lui fait d'autre part considérer comme une humiliation.

En même temps que la genèse du délire d'auto-accusation, cela nous fait très bien saisir certaines des nuances particulières de ce délire que nous avons tout à l'heure cherché à mettre en relief.

Les caractères actuels du délire, son mode de développement nous portent déjà à le considérer comme se rattachant plutôt à une forme particulière de folie systématique primitive qu'à la mélancolie.

D'autre part, on ne retrouve pas chez le sujet les traits fondamentaux de l'état mélancolique vrai.

C'est ainsi que du côté psychique, les facultés intellectuelles ont conservé, dans leur exercice, toute leur vivacité. L'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées ne semblent nullement atteintes à un degré quelconque, de cet « arrêt psychique » qui est une des caractéristiques de la mélancolie.

Au point de vue émotionnel, il n'y a rien qui rappelle la douleur morale profonde du mélancolique. Par instants seulement, le malade éprouve quelqu'angoisse, mais cela n'est que passager, et manifestement secondaire à un paroxysme d'exacerbation des préoccupations délirantes.

Au point de vue physique, on ne constate aucun des symptômes qu'on rencontre d'ordinaire dans la mélancolie. L'état général est excellent. La circulation, la respiration, la digestion, etc., sont normales, et le malade n'accuse aucune sensation particulière du côté des différents appareils organiques.

La physionomie, l'attitude ne sont pas non plus celles du mélancolique. Nous avons déjà vu que le malade continuait à travailler aussi facilement, aussi activement qu'autrefois et, dit-il, sans plus de fatigue. Au cours des interrogatoires, il apparaît comme un timide, mécontent, susceptible, émotif, facilement irritable, peu communicatif, mais jamais comme un mélancolique déprimé, apathique, résigné ou anxieux.

Les considérations précédentes sur le mode de développement de l'affection considérée dans son ensemble et dans ses rapports avec l'état mental antérieur du sujet, le tableau clinique actuel, l'analyse précise des symptômes considérés en eux-mêmes et dans leur filiation, leurs rapports réci-

proques nous permettent de retrouver ici les traits fondamentaux de la folie systématique primitive. Seule, la formule d'auto-accusation particulière du délire eût pu éveiller au premier abord l'idée d'un cas de mélancolie. Mais nous savons aujourd'hui que la formule d'un délire, quelle qu'elle soit, ne suffit pas à caractériser un état morbide, que le délire d'auto-accusation, en particulier, n'est nullement pathognomonique de la mélancolie, mais peut se rencontrer dans bien d'autres formes vésaniques au même titre que les autres délires de persécution, de grandeur, mystique, érotique, etc. Le diagnostic d'une forme vésanique quelconque ne doit pas reposer seulement sur l'existence de tel ou tel délire, mais sur l'ensemble total des symptômes, leur évolution, leurs rapports intrinsèques, la connaissance du fonds particulier sur lequel ils se manifestent. Ce n'est pas la teneur des idées, mais leur genèse qui permet de rapporter un délire à la mélancolie ou la folie systématique.

C'est ainsi que, dans le cas actuel, le délire d'auto-accusation ne peut être rapporté à la mélancolie délirante aiguë. Il ne peut même pas être considéré comme une forme de délire systématisé secondaire, consécutif à la mélancolie, puisqu'à aucun moment, même au début de la maladie, il n'y a eu de symptômes d'un état mélancolique.

Il se manifeste au contraire comme un symptôme relevant de la folie systématique primitive à laquelle il donne seulement, dans la circonstance, une teinte un peu particulière, mais sous laquelle on retrouve néanmoins les traits fondamentaux et caractéristiques de cette affection.

Quel est, en pareil cas, l'avenir des malades?

Dans la forme chronique que nous avons en vue, le délire se systématise progressivement, puis persiste sous une forme stéréotypée. Parfois surviennent, au bout d'un certain temps, d'autres idées délirantes, de persécution, de grandeur, dont l'adjonction au système délirant d'auto-accusation ne fait que confirmer le diagnostic. Quelques malades au contraire passent du délire d'auto-accusation à un délire de négation stéréotypé. Cette forme délirante peut-elle aboutir à la démence? Le fait est possible, mais les observations que nous avons relevées ne nous permettent pas de l'affirmer catégoriquement.

II. Passons maintenant aux cas aigus.

Si nous nous bornions à énumérer les différents symptômes que l'on peut rencontrer quand l'affection est une fois constituée, nous retrouverions à peu près tous ceux que l'on observe dans la mélancolie aiguë délirante. Aussi nous semble-t-il préférable de mettre surtout en lumière les différences et les contrastes principaux. Tout d'abord, il importe de noter que là encore l'affection se développe sur ce terrain spécial, que nous avons indiqué plus haut, et la plupart du temps sous l'influence de causes occasionnelles, extérieures, insignifiantes.

α. Le début est brusque, parfois subit, toujours très rapide et c'est toujours aussi le délire d'auto-accusation sous ses diverses teintes qui apparaît d'emblée, primitivement. Jamais il n'est précédé ni préparé par une période de dépression physique, morale, intellectuelle, ni d'anxiété simples.

Une fois le délire installé, le malade peut se montrer déprimé ou anxieux. Mais il ne s'agit pas là de manifestations permanentes, continues comme dans la mélancolie. Ce ne sont plus que de simples épisodes réactionnels en rapport avec l'exacerbation du délire. Cette mobilité, cette variabilité du ton émotionnel est de la plus haute importance. Elle est d'ailleurs des plus faciles à constater, et se reflète dans l'attitude, la physionomie, le langage du malade, tantôt déprimé, triste, anxieux, presque muet, tantôt indifférent, ou presque souriant et causeur, en un mot « ondoyant et divers », comme disait un de nos malades.

Les mêmes variations qui existent dans le ton émotionnel se retrouvent dans l'activité des différents processus intellectuels. Jamais on ne constate d'une façon permanente ce ralentissement, cet arrêt psychique fondamental du mélancolique. A part certains intervalles où les sujets semblent absorbés, distraits dans la rumination de leurs conceptions erronées, la plupart du temps, même en plein accès, ils font preuve dans la conversation d'attention, de mémoire, d'une idéation étendue; ils s'occupent, lisent, écrivent des lettres; nous en avons même vu faire de la musique et chanter.

Si l'on envisage les conceptions délirantes en elles-mêmes, on y retrouve souvent la plupart des caractères que nous avons essayé de mettre en lumière pour les formes chroniques. Nous n'insisterons pas; nous dirons seulement que, même dans les cas aigus, on s'aperçoit encore souvent que

l'humilité de ce délire peut n'être qu'apparente. Mais le fait capital, c'est que le délire d'auto-accusation n'a jamais la fixité monotone de celui du mélancolique, et revêt toujours un caractère, d'ailleurs variable, de systématisation, reposant sur un ensemble d'interprétations précises, de soi-disant preuves dont le sujet est toujours prêt à démontrer la réalité.

Les hallucinations sont rares : lorsqu'elles existent, elles sont presqu'exclusivement auditives et se présentent toujours comme la traduction sensorielle du délire.

Tout en s'obstinant dans ses convictions erronées, le malade ne fait d'ailleurs pas preuve d'ordinaire, à tout propos, de cet entêtement, de cet esprit de résistance systématique souvent signalés chez les mélancoliques, en raison même de cette mobilité de caractère que nous avons signalée plus haut.

Enfin, il est à remarquer que les signes somatiques font défaut : les fonctions organiques continuent à s'accomplir normalement et la santé générale reste bonne.

M. B..., âgé de quarante ans, fils d'un père nerveux, exalté, très original, et d'une mère hypochondriaque, a toujours été lui-même très nerveux, très impressionnable, fort intelligent d'ailleurs, extrêmement instruit, mais d'une délicatesse de sentiments presqu'outrée et qu'il se complait en quelque sorte à raffiner. Comme il le dit lui-même, il a toujours été un « sensitif ». Dans l'accomplissement de ses devoirs divers de fonctionnaire, de chef de famille, il s'est toujours montré méticuleux, très scrupuleux, apportant dans les moindres détails le souci de la perfection; sans cesse mécontent de lui-même et voyant dans la moindre négligence, la moindre erreur de sa part, une atteinte possible à sa réputation, à sa dignité, à son autorité. Facilement enthousiaste, très susceptible, autoritaire, sévère pour les autres comme pour lui-même, se sentant froissé lorsqu'ils ne paraissaient pas manifester soit à son égard, soit encore en dehors de lui, cette délicatesse de sentiments dans laquelle il se complait, mais néanmoins toujours obligeant et serviable.

Dans le courant de l'année 1895, M. B... eut à subir des contrariétés très sérieuses à propos de rapports de famille, dont il se montra quelque peu affecté, non sans raison d'ailleurs.

En même temps, certains de ses collègues ayant eu des démêlés avec l'administration à laquelle il était attaché, il eut à en ressentir le contre-coup ; et les journaux politiques ayant entamé à ce propos une polémique, il se trouva mêlé indirectement à cette

affaire. Il n'avait rien à se reprocher pour sa part; aussi fut-il d'autant plus sensible à ces événements. Et c'est alors que *subitement*, sans avoir présenté d'autres troubles psychiques préalables, il commença à émettre des conceptions véritablement délirantes d'auto-accusation. Il s'accusait d'être un incapable, un indigne, considérant sa position comme perdue, voyant l'avenir de sa famille compromis à cause de lui. Il était déshonoré ; toute la presse parlait de lui, sûrement il allait être mis à pied, et les siens resteraient sans ressources, condamnés par sa faute à la ruine et à la misère.

En vain cherchait-on à lui prouver la fausseté de ses idées, il s'attachait à démontrer par toutes sortes d'arguments qu'il avait raison et ne se rendait à aucune preuve.

L'état physique restait bon, l'appétit convenable, les digestions régulières, le sommeil à peu près normal.

Au bout d'un mois environ, ne voyant se produire aucune amélioration, bien que le malade eût été envoyé à la campagne et isolé de son milieu habituel, les médecins qui le traitaient déterminèrent la famille à le placer. C'est alors que nous pûmes l'observer.

A ce moment, le malade émettait toujours les mêmes idées délirantes d'auto-accusation. Mais nous ne pûmes trouver chez lui aucun signe qui nous permît de les rattacher à la mélancolie.

Leur mode d'apparition était déjà très particulier, bien différent de celui des idées d'auto-accusation qui relèvent de la mélancolie.

Nous avons déjà noté que, dans ce cas, les conceptions délirantes s'étaient montrées subitement et les recherches les plus minutieuses auprès des membres de la famille qui n'avaient pas quitté le malade ne nous ont pas permis de retrouver *avant* elles ces troubles particuliers qui constituent l'état mélancolique proprement dit et qui, dans la mélancolie vraie, servent de fondement au délire. Pas de troubles physiques, pas de désordres coenesthétiques, pas de dépression, pas d'anxiété : le malade simplement préoccupé, comme tout son entourage des ennuis dont il avait à subir le contre-coup, ne s'était mis à délirer qu'à la suite de la lecture de ce journal dont nous avons parlé. Jusque-là il avait continué à remplir les fonctions assez délicates dont il était chargé, comme à l'ordinaire, sans plus de difficulté ni de fatigue.

Ces constatations rétrospectives nous semblaient mériter d'autant plus de foi qu'elles concordaient absolument avec celle de l'examen direct.

Bien que le délire fut toujours à ce moment aussi actif qu au début, nous ne pouvions relever aucun signe qui nous permît de le rattacher à la mélancolie.

Rien dans l'extérieur du malade ne révèle l'aliéné. Son attitude,

sa démarche, sa physionomie n'ont absolument rien de celles si caractéristiques des mélancoliques vrais.

La santé physique paraît excellente : de fait, il n'y a pas d'amaigrissement, pas de troubles vaso-moteurs, digestifs, etc.; le sommeil laisse seul un peu à désirer, mais le malade n'a jamais été un grand dormeur. — Il ne se plaint d'aucune sensation douloureuse et déclare se sentir tout aussi vigoureux qu'autrefois. Il n'accuse non plus aucun trouble émotionnel permanent, qui ressemble même de loin à la douleur morale du mélancolique.

Il s'exprime aisément, suit notre interrogatoire sans fatigue aucune ; il répond sans difficulté ; devient même volontiers prolixe dans ses explications ; et, loin de ressasser d'une façon monotone la même idée à la façon du mélancolique, s'ingénie à chercher des preuves à l'appui de ses dires, invoque mille petits détails, entre dans des discussions minutieuses, s'attache à réfuter tous les arguments contraires au lieu de s'obstiner purement et simplement dans une litanie monotone et ne se tient jamais pour battu. Tout le délire d'ailleurs se borne aux idées d'auto-accusation, sans mélange d'aucune conception délirante de teinte différente.

Le mode de début de ce délire, ses caractères particuliers, l'absence des signes pathognomoniques de l'état mélancolique, ne pouvaient nous autoriser à conclure qu'il s'agissait là d'un accès de mélancolie délirante. Rien non plus ne pouvait nous faire admettre un état mélancolique symptomatique de l'alcoolisme par exemple, de paralysie générale, etc... Et nous fûmes ainsi amené à porter par élimination le diagnostic de folie systématique avec délire, de teinte particulière, d'auto-accusation.

L'observation ultérieure ne fit que confirmer ce diagnostic.

Pendant un mois environ, l'état de M. B... reste stationnaire.

La santé physique se maintient excellente sous l'influence de l'isolement, le sommeil s'améliore, ce qui même ne laisse pas de vexer quelque peu le malade qui trouve là une nouvelle preuve de son indignité, de son manque de cœur.

Au point de vue mental, le délire ne s'est nullement modifié ; les idées d'auto-accusation sont toujours le symptôme prédominant et même exclusif. Il n'y a pas de troubles émotionnels permanents. Par intervalles seulement, le malade se montre irritable lorsqu'on le contredit dans ses idées délirantes ou d'autres fois se met à pleurer, à se lamenter sur son triste état. Mais ce sont là manifestement de simples réactions émotionnelles, très passagères d'ailleurs, provoquées par une sorte de paroxysme délirant, analogues à celles qui se manifestent transitoirement chez les persécutés systématiques.

En règle générale, il n'y a ni dépression, ni anxiété : loin de rester inactif, isolé, ruminant ses tristes idées ou de s'agiter dans une anxiété sans but, M. B... se mêle très volontiers aux autres malades. Il en est même qui l'intéressent ; il les étudie, les observe et fait même souvent sur leur état des remarques très fines et très spirituelles. Bien que son délire soit resté aussi actif, il lit, fait de la musique, sort à bicyclette, avec son domestique, va se promener ou faire de petits achats; il reçoit très volontiers les visites de parents, et écrit à sa femme des lettres très correctes où il ne parle pas même de ses idées, ne voulant pas, dit-il, susciter de nouvelles discussions et l'inquiéter sur une situation dont l'avenir se chargera de lui montrer l'exactitude. Lorsqu'il n'est pas engagé sur son thème délirant, il se montre causeur agréable, instruit, très observateur, etc. Souvent même il s'anime dans la conversation et se met à sourire. Ce contraste avec ses préoccupations habituelles n'est pas sans le frapper lui-même et plus d'une fois il nous fit remarquer combien il se montrait « ondoyant et divers ».

Dans les semaines suivantes, une amélioration progressive se manifeste dans les troubles mentaux, sans qu'ils aient d'ailleurs changé de caractère.

Les idées d'auto-accusation deviennent moins tenaces ; elles se dissocient petit à petit. M. B... reconnaît d'abord que ses craintes sont peut-être exagérées ; puis, il discute lui-même ses idées et admet que beaucoup d'entre elles sont fausses.

Il parle de rentrer à son foyer, de reprendre ses occupations. Mais il manifeste la crainte que toute cette aventure ne lui ait nui auprès de ses supérieurs, de sa famille. Jouira-t-il de la même considération ? Pourra-t-il encore être le chef de sa famille, le maître chez lui ? Ne sera-t-il pas considéré comme un homme « diminué » ? C'est là sa préoccupation prédominante actuellement, et elle mérite à notre avis d'être notée; car elle montre bien un côté particulier du caractère du malade et peut faire tout au moins soupçonner que ses conceptions délirantes d'auto-accusation n'étaient peut-être que le reflet d'un sentiment d'orgueil humilié plutôt que d'humilité vraie.

Quoi qu'il en soit, le malade ne tarda pas à rentrer dans sa famille, à reprendre sans accidents sa vie antérieure. Son accès délirant avait duré en tout environ quatre mois.

Plus de deux ans se sont écoulés depuis lors sans nouvel incident.

β. Parmi ces délires d'emblée d'auto-accusation, les uns durent un temps assez long, sous l'aspect que nous venons d'indiquer, les autres se présentent sous l'aspect de simples bouffées délirantes ne durant que quelques jours.

Dans ces conditions, le tableau symptomatique est un peu différent et ressemble à celui d'un délire systématisé aigu hallucinatoire.

Le début est toujours subit, les conceptions délirantes apparaissent d'emblée en quelques heures. Ce sont des idées d'auto-accusation, de culpabilité, la crainte de poursuites, d'une arrestation, de la prison, etc. Elles ne tardent pas à s'accompagner d'hallucinations diverses, de l'ouïe et de la vue, de caractère pénible. Ces différents symptômes déterminent en général une anxiété réactionnelle, souvent intense, et parfois un certain degré de confusion secondaire des idées. L'insomnie est fréquente: parfois on note du refus d'aliments; les tentatives de suicide sont à craindre.

Par le mode de début brusque, le caractère primitif du délire, la fréquence des hallucinations, l'anxiété réactionnelle, ces faits se distinguent aisément de la mélancolie et se rapprochent au contraire très nettement des délires systématisés aigus à forme de bouffées délirantes.

Il est d'ailleurs un fait qui vient à l'appui de cette interprétation, c'est leur observation possible à titre d'épisodes transitoires dans le cours d'autres variétés de délires systématiques chroniques tels que ceux de persécution.

Les bouffées délirantes disparaissent au bout de quelques jours. Mais il est à remarquer que ces formes aiguës du délire systématisé d'auto-accusation, qu'il s'agisse de délires d'emblée prolongés, ou de simples bouffées délirantes, si elles guérissent, sont sujettes à récidives et souvent sous la même forme. L'observation suivante en est une preuve.

Mme ..., âgée de vingt-cinq ans, était accouchée depuis plus de six semaines, sans aucun incident et avait déjà repris ses habitudes de vie ordinaire lorsqu'elle lit dans un journal le récit de l'incendie du Bazar de la Charité. Elle s'en montre très frappée, en parle toute la soirée, dort mal la nuit, et dès le lendemain matin se met à délirer. Elle est une coupable, elle a commis toutes sortes de crimes ; elle est indigne, incapable d'élever ses enfants. C'est par sa faute que le Bazar de la Charité a brûlé ; elle craint qu'on ne l'en accuse, qu'on l'arrête, qu'on la mette en prison. Pas d'hallucinations. Insomnie la nuit suivante. Pas d'alcoolisme, ni d'hystérie.

Le lendemain ses craintes sont encore plus vives, car elle commence à entendre des voix qui lui reprochent tous ses crimes, en particulier l'incendie du Bazar ; de plus elle voit des individus

armés qui viennent la tuer pour la punir. Anxiété réactionnelle. elle n'accepte aucune discussion de ses idées : à partir de ce moment, les hallucinations se présentent le jour comme la nuit, mais sont plus fréquentes la nuit.

Quatre jours plus tard, retour des couches. Dès lors, un mieux sensible se produit surtout du côté des hallucinations, moins fréquentes, notamment le jour. La malade commence à dormir.

Deux jours après, elle commence à discuter ses idées, puis très rapidement, dès le lendemain, les déclare fausses ainsi que ses hallucinations. Ces accidents ne se sont pas reproduits.

La bouffée délirante avait en tout duré neuf jours.

L'influence de l'accouchement, du retour de couches qu'on pourrait invoquer dans ce cas, ne nous paraît avoir eu en réalité qu'une importance très secondaire, du moins en ce qui concerne la forme clinique revêtue par les troubles délirants. En effet, deux ans auparavant la malade avait eu un accès tout à fait semblable de délire, ayant débuté subitement sans cause connue, et duré six semaines avec les mêmes idées délirantes d'auto-accusation, les mêmes hallucinations apparues postérieurement au délire. Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires.

THÉRAPEUTIQUE.

APERÇU GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE DES VICES DE LA PAROLE ;

Par le Dr Ladislas OLTUSZEVSKI (de Varsovie),
Directeur de l'Institut pour les troubles de la parole et les affections naso-pharyngiennes.

L'étude des vices de la parole fut longtemps liée à la médecine générale et ne s'en est séparée que vers le commencement de notre siècle. Ensuite, il vint une période de silence pendant laquelle ces questions sont tombées dans l'oubli, en laissant le champ libre à divers préjugés. C'est seulement, en

1877, que nous voyons paraître l'ouvrage classique de Kussmaul qui, malgré bien des erreurs à notre point de vue actuel, embrasse la pathologie de la parole presque entière. Depuis cette époque, on a publié beaucoup de travaux importants surtout au sujet du bégayement; pourtant la logopathologie offre encore bien des points obscurs, et un vaste champ de travail y reste toujours ouvert aux investigateurs.

Nous basant sur nos études logopathologiques d'un côté[1], et des observations personnelles cliniques de l'autre (1050 cas de vices de la parole)[2], nous tâcherons de présenter une nouvelle classification des vices de la parole, des considérations sur leur pathogénie et thérapeutique, sur l'importance de la logopathologie, les rapports de cette science avec les autres branches de la médecine, et le rang qu'elle occupe parmi ces dernières.

Il faut avoir en vue quatre troubles principaux de la parole: le *mutisme*, le *balbutiement*, y compris la prononciation vicieuse, le *nasonnement* et le *bégayement*. Au lieu de la classification psychologique de Kussmaul, nous en accepterons une anatomo-pathologique, suivant laquelle les anomalies de la parole se diviseront en deux classes : 1° d'origine corticale; 2° d'origine subcorticale, c'est-à-dire avec lésions de la substance blanche du cerveau, celles du bulbe, de l'oreille ou des organes de l'articulation.

Pour arriver à la véritable définition du *mutisme* et expliquer les différentes variétés de ce vice, il faut connaître la psychologie de la parole. Or, les mentions que nous trouvons à ce sujet dans les auteurs qui ont écrit sur l'aphasie

[1] Du bégayement et balbutiement (*Medycyna*, 1892). Abriss der Physiologie der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Laute des polnischen alphabets (*Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, 1893). Die Entwickelung der Sprache bei dem Kinde und das Verhältniss derselben zu seiner Inteligenz. Berlin, 1896. De l'hygiène de la parole (en polonais), 1896. Allgemeiner kurzer Abriss über die Sprach störungen (*Therap. Monatshefte*, 1898). Von der Bedeutung der Associationscentren von Flechsig zur Esforschung der Entwickelung des Geites, der Sprache, der Psychologie der Sprache, wie auch der Lehre von der Sprachlosigkeit (*Neurologisches Centralblatt*, n[os] 4 et 5, 1898). Du rapport des paralysies cérébrales chez l'enfant avec diverses catégories des vices de la parole (*Gazeta Lekarska*, 1898).

[2] Fünf Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen (*Monatshefte f. d. ges. Sprachheilkunde*, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898). Sixième contribution aux anomalies de la parole (*Medycyna*, 1898).

depuis Broca jusqu'à nos jours, sont souvent erronées et ne concernent la psychologie de la parole que d'une façon indirecte, car il s'y agit avant tout d'expliquer théoriquement la production de telle ou telle autre variété de l'aphasie. Vernicke et Lichtheim envisageaient d'une manière trop matérielle, sous la forme de schémas artificiellement construits, les mémoires verbales et leurs associations psychiques; en outre, séparaient-ils à tort les processus de mémoire inhérents à l'écorce des voies de communication (extra-corticales), croyant que ces dernières ne servaient qu'à l'association des souvenirs verbaux. Kussmaul comprenait le mécanisme de la parole d'une façon plus large comme un ensemble d'associations qui se font uniquement dans l'écorce cérébrale, avec le concours de mémoire et d'attention; cet auteur niait les localisations. Charcot et ses disciples n'admettaient point d'associations entre les centres particuliers du langage et donnaient par contre beaucoup trop d'importance aux mémoires verbales, devant suffire par elles-mêmes à l'acte de la parole. Enfin, la nouvelle école psychologique depuis Bastian Grashey jusqu'à Freud, Goldscheider, etc., tient bien moins à la théorie des localisations, et tout en reconnaissant les mémoires verbales, insiste particulièrement sur les associations purement psychiques sans base matérielle. D'une grande portée sont ici les derniers travaux de Flechsig qui a démontré, par des raisons anatomiques, une différence fondamentale entre les centres sensoriels et ceux de l'association, par conséquent, en ce qui concerne l'acte de la parole, la différence entre la mémoire verbale sensorielle qui sert à rappeler les impressions respectives des sens et la mémoire des associations qui est destinée à relier les impressions sensorielles à certaines idées de l'esprit, afin de constituer les conceptions verbales.

Sans nier la valeur des travaux ci-dessus mentionnés, nous croyons toutefois que la psychologie rationnelle de la parole ne saurait être approfondie, avant de considérer la *base psycho-physiologique* du développement du langage chez l'enfant, question totalement négligée par les auteurs que nous venons d'énumérer. Nos recherches personnelles, faites à ce sujet, démontrent que le centre d'association moyen est une région où, non seulement s'accomplissent les associations entre les centres auditifs, les moteurs et les tactiles, tous actifs dans le

mécanisme de la parole (Flechsig), mais qui possède la faculté d'émettre automatiquement les souvenirs emmagasinés des mots, sans le concours du centre postérieur. Par conséquent, nous attribuons au centre moyen un rôle fort important dans la parole intérieure qui consiste à relier les conceptions verbales aux souvenirs automatiques des mots.

A la période initiale du développement du langage chez l'enfant, le centre moyen joue le même rôle psychogénique qui appartient dans la suite au centre postérieur. Avant que l'acte de la parole ne devienne automatique, l'enfant doit, pendant un temps très prolongé, associer consciemment certains sons et bruits (mots) avec des mouvements appropriés de l'appareil articulateur, afin d'acquérir une provision de souvenirs verbaux indispensables pour parler automatiquement. La même chose se passe quand on apprend à lire ou à écrire; le centre moyen doit alors associer les images optiques ou ensemble avec elles, les mémoires motrices avec des images vocales, et puis rappeler automatiquement ces images. Ces fonctions ne sont conscientes qu'au début.

En rapport avec ce qui vient d'être dit, voici quels sont les points fondamentaux de la psychologie de la parole. Les mémoires sensorielles verbales, inhérentes à des centres de la sensibilité rendent les services suivants : 1° font exécuter divers mouvements nécessaires pour l'articulation des sons ou l'écriture (mémoire motrice); 2° reçoivent les excitations du monde extérieur qui accompagnent l'acte d'écouter la parole, car chaque mot est composé de sons et de bruits (mémoire auditive), ou bien la lecture, c'est-à-dire l'action de percevoir les lettres (mémoire optique). Les mémoires sensorielles font partie de la mémoire organique ou automatique, dans laquelle nous rangerons également la mémoire d'association du centre moyen. Pour comprendre la parole et l'écriture, ainsi que pour parler et écrire spontanément, il faut se servir du centre psychique postérieur. La parole, dans le vrai sens du terme, n'est point un réflexe; c'est un processus psychique consistant en une série d'associations qui s'accomplissent dans l'écorce avec le concours indispensable de mémoire et d'attention. Ce processus se distingue des autres processus psychiques, tels que l'observation par exemple, — par une plus grande complexité, car les mémoires sensorielles doivent d'abord s'associer dans le centre moyen pour produire

la parole automatique, tandis que pour faire des observations, il suffit de mettre en rapport les différentes régions de l'écorce dans le centre postérieur. Deux mécanismes peuvent donc être actifs dans l'acte de la parole psychique : l'un, inférieur, à peu près automatique, siège dans l'insula de Reil; l'autre, supérieur, destiné aux conceptions verbales, est localisé dans la région du pli courbe (gyrus supramarginalis et supraangularis).

Les différentes opinions sur la psychologie de la parole avaient leur pendant dans la façon d'envisager le mutisme et ses varités. Ainsi, l'école anatomo-localiste de Vernicke-Lichtheim décrivait l'aphasie corticale, extra-corticale et subcorticale en rapport avec le siège de la lésion dans les centres ou dans les faisceaux de communication. Kussmaul qui donnait plus d'importance aux processus dynamiques (mémoire et association) propres exclusivement à l'écorce, niait les variétés extra et subcorticale; le premier, il mit en évidence l'aphasie amnestique. Charcot négligeait les associations entre les centres, et, pour lui, le mutisme devait être classifié suivant le siège de la lésion dans tel ou tel autre centre de mémoire verbale. L'école psychologique actuelle a remis les associations en valeur et attiré l'attention sur les variétés du mutisme purement fonctionnelles que la théorie des localisations ne saurait expliquer. Enfin, Flechsig a séparé avec raison l'aphasie sensorielle de celle d'association.

Pour nous, le mutisme constitue un *trouble* de la *mémoire verbale sensorielle* (auditive, optique ou motrice) ou bien de la *mémoire d'association* (centre moyen ou postérieur). C'est ce qui empêche ou supprime, tantôt les mouvements des organes articulateurs, tantôt l'excitation des centres sensoriels, tantôt les vestiges des souvenirs verbaux emmagasinés dans le centre moyen ou enfin les processus d'association du centre postérieur.

Outre la distinction du mutisme en celui des adultes et des enfants d'origine corticale et extra-corticale (lésions de l'oreille moyenne ou interne), nous proposons la classification suivante : Le mutisme d'origine corticale peut être *sensoriel* ou *d'association* et chacune de ces deux variétés peut être *organique* ou *fonctionnelle.* Dans les mutismes *sensoriels organiques,* il faut ranger :

1° L'*aphasie motrice*, consécutive aux lésions de la troisième

circonvolution frontale. La parole intérieure est conservée, les sujets peuvent lire et écrire sans pouvoir parler [1] ;

2° L'*aphasie auditive* (surdité verbale) due aux lésions de la première circonvolution temporale. Par défaut du contrôle normal de la part du centre auditif le sujet ne comprend pas la parole qu'on lui adresse, parle, lit et écrit paraphatiquement ;

3° L'*alexie isolée* (cécité verbale) survenant en cas de lésion de la scissure interne (fissura calcarina). Le sujet voit des lettres, mais sans les reconnaître, ni pouvoir les nommer, par conséquent il ne comprend pas l'écriture.

L'*aphasie organique du centre d'association moyen* correspond à l'*aphasie motrice* avec *alexie* et *agraphie*. Le sujet ne peut pas parler spontanément, ne comprend pas l'écriture et n'est pas capable d'écrire, car il est privé de souvenirs automatiques des mots qui forment l'élément le plus important de la parole intérieure. Le *mutisme organique du centre postérieur* comprend : 1° *l'aphasie auditive d'association* se produisant dans les lésions de la circonvolution du pli courbe (g. supramarginalis). Malgré le pouvoir de répéter machinalement les mots entendus, de lire et d'écrire aussi machinalement (action automatique du centre moyen) la parole reste incomprise, le sujet parle, lit et écrit paraphatiquement ; 2° l'*alexie d'association* ou *cécité verbale d'association* en cas de lésions du pli courbe (g. supraangularis). Le malade lit les lettres et les mots, mais sans y rattacher la signification qu'ils comportent (action automatique du centre moyen) ; 3° l'*aphasie optique ;* 4° la *cécité mentale.*

La même classification s'applique aux mutismes *fonctionnels* ou *amnestiques*. Nous y distinguons entre autres les variétés sensorielles suivantes : 1° *aphasie motrice* dite auparavant aphasie mot. transcorticale ; 2° *aphasie auditive* comprenant l'aphasie de Grashey et les cas, où l'affaiblissement de la mémoire auditive empêche de comprendre les paroles et les phrases qu'on prononce ; 3° *alexie* avec impossibilité de lire les mots quoiqu'il soit possible de lire les lettres, ce dernier processus étant moins compliqué que le premier ; dans d'autres cas de ce trouble, il est impossible de faire la lecture à haute voix malgré qu'on comprenne ce qu'on lit ;

[1] Cette variété portait le nom d'aphasie motrice subcorticale.

il arrive également que le sujet, tout en pouvant lire, est incapable d'écrire, car il ne retient pas chaque mot le temps nécessaire pour l'écrire ; 4° dyslexie, *caractérisée* parce que le sujet lit d'abord bien, mais au bout d'un moment il s'arrête court, la lecture lui devenant impossible.

Le mutisme fonctionnel d'*association du centre moyen* comprend l'aphasie motrice sans alexie et agraphie. Le centre n'agit pas spontanément; il faut qu'il soit provoqué par les images des lettres ou des mouvements[1]. Enfin, il existe des formes *mixtes* dans lesquelles les lésions organiques se compliquent de symptômes purement fonctionnels.

Mutisme des enfants. — C'est la catégorie la moins étudiée dans sa pathogénie et la plus importante pour le logopathologiste. Il faut y distinguer l'*établissement tardif de la parole* et la *mutité* proprement dite. Le premier tient à ce que les mémoires verbales sont affaiblies par suite d'un vice quelconque de la nutrition de l'écorce cérébrale. Le mutisme véritable est pour la plupart dû à l'*arrêt de développement mental ;* si l'intelligence est plus ou moins intacte, on peut incriminer la *paralysie infantile* qui provoque l'aphasie motrice, le *mutisme extra-cortical* et la *surdi-mutité.* On ne connaît en littérature logopathologique que la variété par arrêt de développement et celle de Coen (Hörstummheit) observée chez des enfants assez intelligents mais incapables de parler spontanément quoiqu'ils comprennent la parole des autres. Pour nous c'est de l'aphasie motrice.

Dans les cas où il est impossible d'agir sur la cause même de l'affection, le *traitement* du mutisme consiste à développer la mémoire verbale sensorielle ou coordinatrice ; celle d'association chez les enfants à intelligence arriérée, il faut avant tout en outre développer cette dernière. Nous avons obtenu des résultats favorables non seulement chez des sujets normaux mais chez des imbéciles et des idiots. Le mutisme extracortical ne fut pas non plus rebelle au traitement. Suivant notre expérience personnelle, le plus facile à guérir est le mutisme infantile, parmi ceux des adultes le mutisme fonctionnel.

[1] Ce mutisme se distinguerait de l'aphasie motrice sensorielle organique en ce que la perte de la parole spontanée tient dans la première aux troubles de la mémoire motrice sensorielle, et dans la seconde, à l'affaiblissement de la faculté de se rappeler spontanément les mots.

On appelle *balbutiement* un vice de la parole aussi important que le mutisme et qui consiste à altérer la prononciation des mots jusqu'à les rendre incompréhensibles. La littérature ne nous donne aucune explication rationnelle de la nature de cette anomalie[1]. Il en existe deux principales variétés : le balbutiement *cortical* (dysphasie) et le balbutiement *subcortical* (dysarthrie). Le balbutiement d'origine corticale ne se laisse expliquer que si l'on prend en considération le balbutiement que nous avons appelé « physiologique » et que chaque enfant présente jusqu'à la fin de la troisième année ; ce trouble tient alors à la faiblesse temporaire des mémoires verbales sensorielles et à l'irrégularité consécutive de l'automatisme de la parole. Le balbutiement pathologique d'origine corticale, n'est parfois que la prolongation outre mesure de l'état physiologique, mais le plus souvent il est dû à l'arrêt de développement mental ou à l'aphasie motrice en voie de décroissance. Le vice, abandonné à lui-même, peut durer jusqu'à l'âge scolaire ou au delà.

Le balbutiement d'origine subcorticale chez les enfants très jeunes est habituellement provoqué par les affections du labyrinthe ou de l'oreille moyenne, par les excroissances adénoïdes ou encore la perforation du palais.

Il faut distinguer du balbutiement *la prononciation vicieuse d'une ou de plusieurs lettres,* la parole restant absolument compréhensible. L'origine de cette anomalie peut également être *corticale* (dysphasie) ou *subcorticale* (dysarthrie); dans le premier cas, nous avons affaire à du balbutiement physiologique persistant, à des restes du balbutiement pathologique, ou encore à l'imitation de l'entourage ; dans le second, il existe des lésions de l'oreille et de l'appareil articulateur.

La prononciation vicieuse doit être combattue pour des raisons d'esthétique, mais son traitement n'est pas si urgent que celui du balbutiement, car les enfants atteints de ce dernier vice ne peuvent pas faire des études. Il faut donc leur apprendre à émettre des sons qui leur manquent, à prononcer plus correctement ceux qu'ils disent d'une façon irrégulière, et à connaître l'ordre dans lequel les sons se succèdent.

[1] Le balbutiement des adultes soit d'origine corticale comme dans la paralysie générale, soit d'origine subcorticale comme dans la paralysie labio-glosso laryngée, n'est pas susceptible de traitement.

En ce qui concerne le *nasonnement*, la logopathologie ne s'occupe que de la variété dite nasonnement *ouvert* (rhinolalia aperta), car le nasonnement fermé (rhinolalia clausa) qui se produit dans l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne n'appartient pas aux vices de la parole proprement dits. Le nasonnement ouvert consiste en ce que la cavité buccale n'est pas complètement séparée par le voile du palais de la cavité naso-pharyngienne, l'air expiré sort alors par le nez et les sons qui exigent la délimitation exacte des deux cavités ne peuvent être prononcés distinctement. La parole devient tout à fait incompréhensible.

Le nasonnement d'origine *corticale* chez les enfants se trouve, suivant nous, en rapport avec un mutisme en train de disparaître et de passer au balbutiement ; il tient par conséquent à la dépression fonctionnelle des centres moteurs de l'écorce ou à l'abréviation de la voûte palatine qui est un des signes de dégénérescence. Le nasonnement d'origine *subcorticale* est dû à la faiblesse de l'ouïe, à la division du palais, aux processus adénoïdes ou à d'autres causes quelconques empêchant la délimitation entre la cavité buccale et l'arrière-gorge.

Autrefois le nasonnement était considéré comme incurable; maintenant on le traite avec succès par la gymnastique du voile du palais et les procédés destinés à combattre le balbutiement. On doit recourir à cette méthode même en cas de perforation palatine, car l'opération la mieux réussie ne donnerait pas le résultat désiré sans une gymnastique appropriée du voile du palais. Le nasonnement doit être traité énergiquement dans l'intérêt du développement intellectuel de l'enfant.

Le *bégayement* appartient aux vices *dysphatiques* de la parole et doit être considéré comme une névrose se caractérisant par des contractions spasmodiques dans l'appareil de l'articulation, c'est-à-dire dans les cordes vocales, les muscles des lèvres et de la langue. Ces contractions peuvent atteindre les organes de l'articulation en totalité ou en partie. Les données recueillies sur l'étiologie du bégayement, mettent en évidence deux causes prédisposantes principales : l'*hérédité* dans la plus large acception du terme et l'*âge* de deux à quatre ans, celui où s'établit le langage. Les causes provocantes telles que *traumatisme, frayeur*, *contagion psy-*

chique, etc., ont également une influence, mais à condition de trouver un terrain favorable.

La *thérapeutique* du bégayement comprend d'une part les moyens qui agissent sur le système nerveux en général, de l'autre, elle cherche à faire disparaître les contractions vicieuses à l'aide de la gymnastique respiratoire, vocale et phonétique, que le sujet doit exercer avec conscience jusqu'à ce qu'il parvienne à parler correctement sans y mettre de l'attention. Notre expérience nous autorise à considérer le bégayement comme un vice parfaitement curable.

Maintenant, quelques mots à propos de notre matériel clinique. De juillet 1892 à juillet 1898 nons avons observé 1.050 sujets atteints de vices de la parole. Sur 217 muets, 9 (3 adultes, 6 enfants) ont subi le traitement complet; tous avec bon résultat. Sur 234 cas de balbutiement, y compris la prononciation vicieuse (58 balbutiements et 176 prononciations vicieuses), il y eut en traitement 54 personnes (6 balbutiements, 48 prononciations vicieuses) et chez toutes le résultat désiré a été obtenu. Sur 53 cas de nasonnement ouvert, nous avons traité 9 sujets avec succès complet. Enfin sur 537 bègues, 108 ont suivi tout le traitement et l'on a obtenu 99 guérisons et 9 améliorations.

L'étude des observations recueillies nous fait voir que la majorité des cas de vices de la parole se rapportent à la famille des *dégénérés* dans la large acception du terme ; il y en a peu qui tiennent aux lésions pathologiques du tissu cérébral en l'absence des troubles mentaux. C'est en seconde ligne seulement qu'il faut incriminer les causes *accidentelles:* les troubles de l'ouïe, les affections de la cavité naso-pharyngienne, etc. Voilà ce qui rapproche la logopathologie de la psycho et neuropathologie, dont elle formera bientôt un chapitre; elle est seulement en relation indirecte avec la rhinologie et l'otiatrie.

En résumant tout ce qui vient d'être dit au sujet de la logopathologie, nous voyons que cette science nous rend des services importants au point de vue de la théorie et de la pratique : c'est ainsi qu'elle élucide les vices de la parole chez les enfants tels que le mutisme et le balbutiement et fournit la base de leur thérapeutique; elle explique ensuite la pathogénie du nasonnement d'origine corticale ou subcorticale, indique comment il faut traiter les cas regardés jus-

qu'ici comme incurables ou difficiles à guérir; elle détermine la nature du bégayement et identifie avec lui l'affection dite « aphonie spasmodique[1] ». De concours avec la philosophie, la psychologie de la parole, les lois de son évolution chez l'enfant et l'étiologie de ses anomalies, la logopathologie amène à créer l'hygiène rationnelle de la parole. Par conséquent, elle ne cède pas en importance aux autres branches de la médecine pratique et mérite bien une place à part.

Pour que les recherches logopathologiques soient vraiment fructueuses, il faudrait que le monde médical s'y intéressât davantage, en contribuant à la propagation des idées justes sur l'hygiène de la parole et les vices de cette dernière. On verrait alors disparaître sans retour les préjugés tels que le bégayement vient d'une mauvaise habitude, que le mutisme et le balbutiement des enfants sont dus à la brièveté du frein, etc. Or ces préjugés sont fort nuisibles, car à cause d'eux on néglige la cure rationnelle du vice et pourtant cette cure, rendrait un certain nombre d'enfants aptes au développement intellectuel et le nombre des membres utiles de la société serait d'autant augmenté.

RECUEIL DE FAITS.

HYSTÉRIE MALE.

MUTISME. — AMAUROSE. — ACCÈS MÉLANCOLIQUE. — ÉTAT SECOND;

PAR

CH. VALLON, Médecin de l'Asile de Villejuif.

ET

J. ROGUES DE FURSAC, Interne des Asiles de la Seine.

SOMMAIRE. — *Homme sans antécédents héréditaires, porteur de stigmates d'hystérie. — Pendant l'enfance et l'adolescence : santé excellente; pas de convulsions ni de manifestations hystériques*

[1] Cette question est traitée en détail dans notre travail : *Spastische Aphonie.* (*Ther. Monatshefte*, 1898)

d'aucune sorte. — Dans l'âge adulte : existence des plus mouvementées. — A trente-deux ans : syphilis. — A quarante-deux ans : première manifestation hystérique sous forme d'un accès de mutisme sans paralysie, sans cécité et sans surdité verbales, sans troubles de l'écriture; début brusque, terminaison brusque, durée quarante-cinq jours. — A quarante-sept ans : amaurose bilatérale, apparition et disparition brusques, durée trente-huit jours. — A cinquante-un ans : second accès de mutisme semblable au premier d'une durée de deux mois. — A cinquante-trois ans : court accès mélancolique amenant le placement à l'Asile de Villejuif, état second pendant cinquante-sept jours, troisième accès de mutisme identique aux précédents durant cent jours et jugé par une épistaxis, ptyalisme, amnésie, portant sur toute la durée de l'état second. — Sortie de l'Asile après un séjour de plus de six mois.

Grand, robuste, bien constitué, P... est âgé de cinquante-trois ans. Son père avait des habitudes d'intempérance, il est mort à soixante-dix-neuf ans d'une maladie de vessie. Sa mère, après avoir joui toute sa vie d'une bonne santé, a été emportée à l'âge de soixante-quinze ans par une attaque d'apoplexie. Les grands-parents de l'un et de l'autre côté ont tous atteint ou dépassé soixante-quinze ans.

P... a perdu un frère et une sœur. Le frère, son aîné, est mort à quatre ans, il ignore de quoi ; la sœur, sa cadette, est morte à quarante-trois ans, paralysée lui a-t-on dit, il ne la voyait plus depuis longtemps. Il lui reste une sœur migraineuse, mariée et mère de quatre filles bien portantes.

P... est lui-même marié. Il a eu 3 garçons : l'aîné, mort à dix-sept ans, de croissance (?), avait paraît-il, 2 m. 10 de taille; le second a été emporté à l'âge de quatre ans par une méningite ; le troisième actuellement âgé de huit ans et demi est bien portant.

Pendant l'enfance, P... n'a été atteint ni de convulsions ni d'aucune maladie grave, il s'est seulement fait en tombant au gymnase, une fracture de cuisse qui a guéri sans laisser de trace.

Jusqu'à l'âge de huit ans, P... reste chez ses parents, fréquentant l'école primaire où il paraît avoir été un de ces élèves moyens dont on ne dit rien. A huit ans, il devient enfant de troupe. A dix-sept ans il s'engage dans les Voltigeurs de la Garde, parvient en dix-huit mois au grade de sous-officier, puis rend ses galons pour passer aux tirailleurs algériens. Il reste pendant plusieurs années en Algérie où il est atteint du choléra et du typhus. Redevenu très vite sous-officier, au bout de quelques années de grade, il est nommé sous-lieutenant dans un régiment en garnison à Paris. La même année (1871) il se marie avec une jeune fille qui lui apporte 900.000 francs de dot. Il se met à fréquenter les cercles et en quelques années perd au jeu toute sa fortune. Il est cependant promu

lieutenant, mais en 1877 il est mis en réforme pour dettes. Sa femme demande et obtient la séparation de biens.

La même année il contracte un chancre de la verge que Ricord déclare syphilitique ; il quitte alors sa femme dans la crainte de la contaminer mais reste cependant en correspondance avec elle. Au moment des accidents secondaires, il consulte Diday qui le déclare également atteint de syphilis. En 1878, éruption de pustules à la face, il va se faire soigner à Bruxelles. Le médecin consulté institue le traitement antisyphilitique et P... amélioré revient en France pour s'engager à la Légion étrangère. Le médecin-major ne l'accepte pas. Il se fait soigner à l'hôpital du Midi par Horteloup ; il guérit, s'engage enfin dans la Légion étrangère (1879) et gagne vite les galons de sous-officier. En 1882, nouvelle éruption à la face. On l'envoie aux Eaux-de-Guagno, en Corse ; il guérit et revient à son régiment. En 1883, troisième éruption, toujours au visage. Il est envoyé à Barèges d'où il revient guéri. Nommé adjudant, il part pour le Tonkin avec son régiment. Il y reste quatre mois ; ses hommes ayant commis des actes d'indiscipline, son colonel lui déclare qu'il ne le proposera jamais pour le grade de sous-lieutenant. Il quitte alors l'armée et s'établit marchand de tabac à Saïgon où il reste jusqu'en juillet 1885. Dans l'espace de quelques mois il gagne 15.000 francs. Il rentre en France et après de nombreuses démarches, obtient du ministère de la guerre une retraite de 950 francs. Il devient alors crieur aux Halles.

En 1885, par une matinée très froide, comme de coutume, il annonçait sa marchandise en criant, quand tout à coup il ne peut plus parler ; il est dans l'impossibilité absolue d'articuler une seule parole soit à haute voix, soit à voix basse, et tous ses efforts n'aboutissent qu'à l'émission d'un cri rauque et inarticulé toujours le même. Les jours précédents sa santé était excellente : ni céphalalgie, ni bégaiement, rien qui pût faire prévoir un semblable accident. Le mutisme dura quarante-cinq jours et cessa brusquement : P... se trouvant avec des amis se mit tout d'un coup à parler comme avant, d'une façon nette et correcte. Pendant toute la durée de son accès, il comprenait très bien ce qu'on lui disait, lisait et écrivait parfaitement.

Il quitte alors les Halles et reprend la vie commune avec sa femme. A la fin de 1888, il lui naît un petit garçon.

En 1890, il prend en cachette à sa femme 12.000 francs, va jouer aux courses et perd la plus grande partie de cette somme. Sa femme déclare qu'elle ne veut plus le voir ; il se rend donc à Bruxelles dans l'intention de s'engager dans la Compagnie du Congo ; on le refuse à cause de son âge.

En février 1890, après quinze jours d'une existence désordonnée et d'excès génitaux considérables ; il est frappé d'amaurose. A l'en croire pendant ces deux semaines il avait pratiqué le coït en

moyenne quatre fois par jour et le jour même de huit heures du matin à quatre heures du soir il avait eu sept rapprochements sexuels. Il se trouvait dans la rue avec des amis quand il perdit subitement la vue ; les jours précédents il n'avait éprouvé aucun trouble du côté des yeux ; il se sentait seulement très fatigué par ses excès. Rentré chez lui, il fit appeler un médecin qui le prit pour un simulateur; un second médecin fut du même avis que le premier. La cécité persista pendant trente-huit jours, elle était complète, il y avait impossibilité de distinguer le jour de la nuit; elle disparut brusquement. Un matin P... se réveilla voyant parfaitement des deux yeux. Une huitaine de jours plus tard, il s'aperçut qu'il n'entendait plus de l'oreille gauche. Cette hémi-surdité a persisté et existe encore aujourd'hui.

P... quitte alors Bruxelles, retourne en Cochinchine où il reste trois mois; puis il rentre en France, voyage de droite et de gauche et occupe successivement des emplois fort divers. En 1892, la séparation de corps demandée par sa femme est prononcée. Rien de particulier à signaler jusqu'en 1894.

Le 28 décembre de cette année, P... était en train de jouer à Monte-Carlo quand il est pris subitement d'un accès de mutisme en tout semblable à celui de 1885. Depuis quelques jours il avait une sorte d'appréhension vague ; il avait fait des excès génitaux et se rappelant que l'hiver, et particulièrement le mois de décembre lui avaient déjà été funestes, il craignait de perdre de nouveau ou la vue ou la parole. Cet accès dura deux mois, comme le premier, il cessa brusquement et ne s'accompagna ni de paralysie, ni de surdité et de cécité verbales, ni de troubles de l'écriture.

Aussitôt guéri, P... revient à Paris ; sans argent, il emprunte une somme assez considérable en contrefaisant la signature de sa femme. Poursuivi pour faux, il passe aux assises, mais il bénéficie d'un acquittement, grâce, pense-t-il, à ses bons antécédents et aussi au peu d'honorabilité de son créancier.

A la fin de 1895, il obtient une place de caissier. Pour tirer des amis d'embarras il leur prête de l'argent de sa caisse. Le détournement est découvert, P... est poursuivi et condamné par le tribunal correctionnel à un an de prison avec bénéfice de la loi de sursis (mars 1896).

De mars à novembre 1896, il reste inoccupé et vit chez des amis aux environs de Paris, sans trop s'inquiéter de l'avenir. A cette époque il manque une bonne place à cause de son casier judiciaire; cela l'affecte beaucoup.

Le 7 décembre, il se présente au palais de justice et demande à parler au substitut de service. Introduit devant ce magistrat il lui tient les propos suivants : « J'ai perdu au jeu tout ce que je possédais ; j'ai été condamné à un an de prison avec la loi Béranger, mais je veux faire ma peine; arrêtez-moi ou bien je vais faire un

crime dans la rue. » P... est très surexcité, on le conduit devant le commissaire de police auquel, tout en pleurs et tremblant de tout son corps, il fait la déclaration suivante : « Je suis à Paris depuis le 30 novembre, étant venu pour toucher le trimestre de ma pension, soit 239 fr. 50. J'ai joué aux courses et perdu cet argent. Non content de cela, j'ai emprunté sur mon titre un autre trimestre dont j'ai perdu également le montant au jeu. Punissez-moi (?) j'ai besoin d'être *purgé*. Je veux subir ma peine et obtenir un emploi en prison. Je vous assure que je me conduirai bien. Si vous ne m'emprisonnez pas, si vous me laissez sortir, je tuerai ma femme et je me tuerai ensuite, je veux mourir. »

Envoyé à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, P... est examiné par M. le Dr Garnier qui l'envoie à l'Asile clinique avec le certificat suivant : « Mélancolie. Lamentations. Idées d'indignité. Condamné en mars dernier pour abus de confiance avec bénéfice de la loi Béranger il demande à faire sa peine, déclarant qu'il est un malheureux, indigne de pitié et qu'il doit se réhabiliter par le travail dans la prison. »

De l'Asile clinique, P... est transféré le lendemain à Villejuif avec un certificat de M. Magnan ainsi conçu : « Mélancolie; sentiment d'impuissance; découragement, pleurs, tendances au suicide. »

A son arrivée, P... est déprimé, son attitude est un peu étrange, sa physionomie exprime la tristesse, il ne manifeste pas d'idées délirantes, il ne fait entendre aucune plainte, il n'a pas d'hallucinations. Quand on lui pose des questions sur les faits actuels, par exemple sur l'état de sa santé, il répond sans trop de difficulté bien que laconiquement, mais dès que les questions portent sur sa vie passée, sur les circonstances qui ont motivé son internement, il garde le silence. Il n'a pas l'air de comprendre ce qu'on lui demande, ni de se rendre compte de l'endroit où il se trouve, bien que nous ayons soin de lui dire qu'il est dans un hôpital; ses facultés intellectuelles paraissent obnubilées. La respiration, la circulation, la digestion s'accomplissent régulièrement, il existe seulement un peu de constipation. P... ne mange pas volontiers mais avec un peu d'insistance on arrive à lui faire prendre ses repas avec les autres malades. Nous posons le diagnostic de dépression mélancolique.

Les jours suivants, pas de changement bien appréciable ; le 23 seulement nous notons une légère amélioration : P... est moins triste, moins déprimé, il s'occupe un peu dans le quartier.

Le 10 janvier, l'amélioration s'est notablement accentuée, l'activité est plus grande. Il existe cependant encore un peu d'obnubilation intellectuelle, le malade continue, semble-t-il, à ne pas se rendre compte de sa situation et du lieu où il se trouve. Il ne répond toujours pas quand nous le questionnons sur ses antécédents, mais nous n'ajoutons pas grande importance à ce fait, nous

croyons que nos questions éveillent en lui des souvenirs pénibles et nous n'insistons pas. Il est envoyé dans les bureaux de la Direction ; on lui confie des petits travaux d'écriture dont il s'acquitte convenablement.

Le 20 janvier, il travaillait comme d'habitude quand tout d'un coup il ne peut plus parler ; il est pour la troisième fois frappé de mutisme. Les jours précédents, contrairement à ce qui s'était passé lors des accès antérieurs il avait été pris d'un bégaiement assez marqué. Pendant quatorze jours, malgré tous ses efforts, il lui est impossible d'articuler une seule parole ; il parvient seulement à émettre un son guttural toujours le même, absolument comme dans les accès de 1885 et de 1894. Il comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit et répond très bien à l'aide de l'écriture. Il reste aux bureaux et continue à travailler comme avant.

Le 3 février, sans cause appréciable il se produit un changement brusque dans l'état de P... Tout d'un coup il déclare aux employés du bureau qu'il lui semble sortir d'un rêve, qu'aujourd'hui seulement il se rend compte de sa situation ; il comprend qu'il est à Villejuif dans un asile d'aliénés et il demande pourquoi. Jusque-là il voyait bien sur les pièces qu'il recopiait : « Villejuif, asile d'aliénés » ; mais malgré cela il n'avait aucune idée de sa situation.

Nous l'interrogeons : sa physionomie est plus éveillée que les jours précédents ; il répond par écrit avec facilité et précision à toutes les questions que nous lui posons sur ses antécédents. Mais à partir du 8 décembre jusqu'au moment présent, il existe dans sa mémoire une lacune complète : de tous les événements se rapportant à cette période il n'a gardé aucun souvenir ; il ne se rappelle ni sa démarche au Palais de Justice, ni son arrestation, ni son passage à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police et à Sainte-Anne, ni son arrivée à Villejuif, ni ce qui s'est passé depuis, notamment le début de son présent accès de mutisme. Il nous exprime son étonnement de ne pouvoir pas parler.

L'état reste le même jusqu'au 1er mai. Ce jour-là à deux heures du matin, P. . est pris d'une épistaxis assez abondante, et une heure plus tard il avait recouvré la parole. Ce troisième accès de mutisme s'est donc terminé brusquement comme les autres et paraît avoir été jugé par une hémorrhagie nasale.

La disparition du mutisme nous permet de converser plus facilement avec P... et de l'interroger plus à fond. C'est alors qu'il nous raconte son histoire jusqu'au jour de son arrestation telle que nous l'avons exposée.

L'examen physique donne les résultats suivants : les mouvements vulgaires de la langue et des lèvres sont conservés; P... peut diriger la langue dans tous les sens, la porter à droite, à gauche, la faire sortir de la bouche, puis la faire rentrer. Cepen-

dant il prétend avoir de la peine à mastiquer, par suite de la difficulté qu'il éprouve à ramener les aliments sous les arcades dentaires. La déglutition au contraire, phénomène purement réflexe, s'exécute parfaitement. Il existe une légère salivation qui manquait les jours précédents et qui est apparue au moment où P... a repris possession de lui-même.

Le *réflexe pharyngien* est conservé ; le *reflexe rotulien* est exagéré des deux côtés; les autres réflexes, tendineux et cutanés sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

L'examen de la *sensibilité cutanée* fait constater la présence d'une zone d'hyperesthésie à la face dorsale de l'avant-bras gauche, et d'une zone d'anesthésie, de la largeur de la main, à la région scapulaire droite. Cette hyperesthésie et cette anesthésie portent toutes les deux uniquement sur la sensibilité à la douleur ; la sensibilité au toucher et à la température est normale.

Il existe une *rachialgie* intermittente siégeant à la région lombaire ; le malade l'a fait disparaître instantanément en se ceignant les reins de plusieurs tours d'une très longue ficelle. — Il n'existe pas de zone hystérogène. — Le *champ visuel* est notablement rétréci des deux côtés.

L'*ouïe*, normale du côté droit, est abolie à gauche ; de ce côté le malade n'entend même pas une montre appliquée sur l'oreille, mais il l'entend très bien si on la place sur l'os frontal. Cette hémisurdité s'accompagne d'anesthésie du pavillon et du conduit auditif du côté correspondant. — Le *goût* et l'*odorat* sont intacts.

Les *organes génitaux* sont normalement conformés, mais très développés. La pression testiculaire n'est pas douloureuse, P... assure ne s'être jamais livré à l'onanisme et avoir seulement fait, comme nous l'avons dit, de grands excès de coït.

Son intelligence paraît moyenne. La mémoire est fidèle, sauf en ce qui concerne la période de cinquante-sept jours, s'étendant du commencement de décembre 1896 au 3 février 1897 ; le jugement est correct; il y a absence de toute idée délirante.

P... n'a pas une instruction très développée, il ne connait bien que le métier militaire. Il n'a jamais été buveur, assure-t-il. Son grand défaut, celui qu'il considère avec raison comme la source de toutes ses infortunes, est la passion du jeu.

Depuis ce moment, la santé de P... n'a cessé d'être excellente, tant au point de vue mental qu'au point de vue physique. Il a travaillé aux bureaux de la direction où il s'est bien acquitté de tous les petits travaux qu'on lui a confiés. Pendant son séjour il a donné l'impression d'un homme au caractère doux, obligeant, aimant à rendre service. Il est sorti le 9 juin, guéri de son accès mélancolique, présentant toujours les mêmes stigmates d'hystérie et la même lacune dans la mémoire.

Le 8 septembre, P... nous a écrit une lettre dans laquelle il nous disait que depuis sa sortie il n'avait pu trouver aucune occupation lui permettant de gagner sa vie. Il ajoutait : « Aujourd'hui, quoiqu'ayant complètement ma raison, je viens vous demander en grâce de m'admettre dans votre service où vous me garderez le temps que vous jugerez convenable. D'ici un an ou deux j'aurai, par suite de ma séquestration, l'argent nécessaire pour pouvoir quitter le continent et aller vivre en Corse avec ma modeste pension. Mais il me faut un billet de mille francs d'avance que je ne pourrai jamais arriver à mettre de côté étant dehors, surtout ne travaillant pas et ayant toujours, je l'avoue, le vice du jeu des courses qui me ronge. »

Naturellement nous n'avons pu faire droit à la demande de P... et recevoir dans un service d'aliénés un homme exempt de troubles mentaux. Depuis nous n'avons plus eu aucune nouvelle de lui.

REMARQUES. — Nous avons intitulé notre observation *hystérie mâle*; ce diagnostic, en effet, nous paraît s'imposer. Notre homme était porteur de stigmates permanents d'hystérie : troubles de la sensibilité cutanée et rétrécissement du champ visuel, sans compter de l'hémi-surdité et de la rachialgie; de plus il est resté pendant près de deux mois en état second comme nous allons le démontrer; or, l'état second n'est autre chose qu'un état hystérique; enfin il a présenté des phénomènes pathologiques : accès de mutisme, amaurose transitoire qui s'expliquent bien par l'hystérie et ne peuvent s'expliquer que par elle.

Le diagnostic d'hystérie étant établi, examinons en détail les diverses manifestations morbides auxquelles a donné lieu la grande névrose.

P... est entré à Villejuif avec deux certificats de M. Garnier et de M. Magnan, le déclarant atteint de mélancolie, nous avons porté le même diagnostic; P... était bien en effet dans la dépression mélancolique mais il était de plus en état second.

Dès l'arrivée, jusqu'au jour où, suivant son expression, il est sorti comme d'un rêve, P... était capable de nous renseigner sur son état présent, mais, de sa vie passée, il n'avait gardé aucun souvenir ou plutôt il se souvenait seulement des actes que nous accomplissons subconsciemment tels que : manger, marcher, écrire, etc. Si par exemple nous lui disions : « Comment allez-vous? » il nous répondait : « Je

vais bien. » Mais, si nous lui demandions : « Où habitiez-vous avant de venir ici ? » nous n'obtenions aucune réponse. Dans la mélancolie on n'observe jamais cette dissociation de la mémoire des faits actuels et de la mémoire des faits anciens. Dans la mélancolie avec stupeur, le malade ne répond pas il est vrai quand on l'interroge, mais il reste muet, que les questions portent sur son état présent ou qu'elles aient trait à sa vie antérieure. Dans les formes légères de la mélancolie, comme celle présentée par P..., le malade est en état de renseigner aussi bien sur ses antécédents que sur son état actuel. C'est là un premier fait, en voici un deuxième : P... qui pendant cinquante-sept jours avait correctemement effectué un travail de bureau et vécu d'une vie en apparence normale, a perdu brusquement et complètement le souvenir de tout ce qu'il avait pu dire ou faire pendant cette période. Une pareille amnésie ne saurait non plus être imputée à la mélancolie. Le mélancolique stupide, une fois guéri, ne conserve parfois aucun souvenir de tout ce qu'il a éprouvé pendant son accès; il n'en est pas ainsi dans les cas de simple dépression mélancolique comme celle dont a été atteint notre malade : les souvenirs se rapportant à cette période peuvent être obnubilés mais jamais abolis. Enfin troisième fait : en même temps que toute une période de son existence s'effaçait de sa mémoire, P... recouvrait le souvenir de toute sa vie antérieure momentanément disparu.

L'état de P....., pendant toute la période qui s'étend du 8 décembre 1896 au 3 février 1897, n'était donc pas un état mélancolique, il ne saurait recevoir d'autre qualification que celle d'*état second*; pendant ces cinquante-sept jours en effet, P... a revêtu une nouvelle personnalité ignorant l'ancienne et qui devait rester ignorée d'elle. Les impressions reçues pendant cette période ne se sont pas agrégées à son ancienne personnalité mais se sont groupées pour en constituer une nouvelle qui réapparaîtra peut-être un jour, si pour une raison quelconque, P.... retombe dans son état second.

L'activité intellectuelle du sujet est généralement plus grande dans l'état second que dans l'état prime; chez P.... il en a été tout autrement, l'état second s'est accompagné de dépression mélancolique.

Il est à remarquer que P... est entré dans l'état second, à

la faveur d'une crise délirante. Or, dès 1877, M. Gilles de la Tourette a émis, comme on sait, cette opinion que l'état second n'est qu'une attaque délirante prolongée, de nature hystérique, le somnambulisme étant un véritable délire. Notre observation vient donc à l'appui de la manière de voir de M. Gilles de la Tourette.

D'après les renseignements très précis qu'il nous a donnés, notre malade est resté atteint, pendant dix-huit jours, d'une cécité *complète* qui a apparu et disparu subitement : l'hystérie seule est capable de produire une amaurose présentant ces caractères. La perte de la vue n'a pas été, semble-t-il, précédée d'une attaque ainsi que cela aurait presque toujours lieu, d'après M. Gilles de la Tourette. L'amaurose unilatérale est relativement fréquente, on le sait, mais il n'en est pas de même de l'amaurose bilatérale; M. Gilles de la Tourette [1] dit en avoir vu quelques cas seulement et il rappelle les suivants : deux de Landouzy, trois de Briquet, un de Marlow, un de Wundermann; un de Lévy observé à la clinique de Mendel.

Presque toujours la cécité hystérique n'est que temporaire, d'après M. Gilles de la Tourette elle durerait quelques heures et, au maximum, quelques jours. On voit donc que chez notre malade elle a eu une durée anormale. Il est vrai que dans un cas rapporté par Harlan , elle persista pendant six années.

Trouble purement fonctionnel, la cécité hystérique donne souvent lieu à des méprises. Ne constatant pas de lésions organiques de nature à expliquer la cécité, les deux médecins de Bruxelles qui ont examiné P... au moment de son amaurose l'ont considéré comme un simulateur; ils ne connaissaient peut-être pas l'amaurose hystérique. M. Ballet a présenté en 1897, à l'une de ses leçons de l'hôpital St-Antoine, un jeune garçon hystérique amaurotique d'un œil, il avait été examiné à diverses reprises par plusieurs oculistes qui, ne découvrant aucune lésion, crurent à de la simulation ; il s'agissait en réalité d'une amaurose hystérique.

Des trois accès de mutisme les deux premiers ont éclaté brusquement, le troisième a été précédé pendant quelques jours par du bégaiement. Ce bégaiement prémonitoire se rencontre assez fréquemment. comme on sait, et Charcot en a cité plusieurs exemples. Les trois accès se sont terminés

[1] Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, t. I, page 337.

brusquement, le malade recouvrant entièrement tout d'un coup la parole perdue depuis plusieurs semaines. Ces accès de mutisme ne se sont accompagés ni de paralysie, ni de cécité et de surdité verbales, ni de troubles de l'écriture : cela montre bien leur caractère purement fonctionnel, leur origine hystérique.

Dans le troisième accès de mutisme, le seul qu'il nous a été donné d'observer, nous trouvons deux symptômes qui n'auraient pas existé dans les précédents. Ce sont les troubles de la mastication et le ptyalisme.

Les troubles de la mastication, très légers, se bornaient à une difficulté qu'éprouvait le malade à ramener les aliments sous les arcades dentaires au moyen de la langue, bien que les mouvements de cet organe ne fussent en rien altérés. Il s'est probablement produit là un de ces phénomènes psychologiques subconscients si fréquents dans l'hystérie. Le malade ne pouvait pas parler, ce qui lui a fait croire que sa langue était paralysée; à cette idée s'est associée inconsciemment ou plutôt subconsciemment, l'idée qu'il ne pouvait pas non plus remuer la langue pour ramener les aliments sous les arcades dentaires. Cette explication se trouve corroborée par ce fait que les troubles de la mastication sont survenus seulement quinze jours après le début du mutisme (l'état mélancolique avait alors complètement disparu, en sorte qu'on ne saurait voir là une simple idée hypochondriaque) ; et surtout par cet autre fait que la déglutition, acte dans lequel la langue joue un rôle aussi important que dans la mastication. mais purement réflexe, s'accomplissait d'une façon tout à fait normale.

Ce troisième accès de mutisme a encore présenté ceci de particulier, qu'il semble avoir été jugé par une épistaxis, hémorragie qui n'est pas rare chez les hystériques.

Il faut noter enfin que ce troisième accès de mutisme s'est développé au cours de l'état second, et que malgré le retour à l'état prime, il a persisté encore pendant quatre-vingt-sept jours.

La salivation doit être rapportée à un trouble vaso-moteur comme on en rencontre si souvent chez les hystériques, analogue à ceux qui provoquent chez eux les sueurs, la polyurie.

En résumé, l'hystérie s'est révélée chez notre malade par un grand nombre de syndromes : amaurose, mutisme, état

second, ptyalisme, hémi-surdité; il faut noter cependant qu'il semble n'y avoir jamais eu ni grande ni petite attaque.

Une dernière remarque : Toute sa vie, P... s'est conduit comme un déséquilibré. Il a exercé successivement les professions les plus diverses, il a été tour à tour soldat, officier, puis de nouveau simple soldat, marchand de tabac, crieur aux halles, caissier, etc., etc ; il a dissipé dans les cercles la grosse fortune que sa femme lui avait apportée en dot et encore aujourd'hui, dominé par une passion maladive du jeu, il lui arrive de perdre en un seul jour tout un trimestre de sa pension; expulsé de l'armée, il est passé une fois aux assises, il a été condamné une fois, en police correctionnelle, sa femme a dû se séparer de lui de biens, d'abord, de corps ensuite. P... s'est donc toujours conduit comme un déséquilibré, mais c'est à quarante-deux ans seulement qu'il s'est révélé hystérique. A quoi attribuer l'apparition tardive de la névrose jusque-là latente? Il serait difficile de le dire. On ne saurait, semble-t-il, incriminer la syphilis : le chancre s'est produit dix ans plutôt et il n'existait aucun accident syphilitique au moment où s'est produit la première manifestation hystérique sous forme d'accès de mutisme. Mais s'il est rare de voir l'hystérie apparaître aussi tardivement, il est commun, par contre, de la voir se développer sur un fond de dégénérescence mentale du genre de celui qui existait chez notre malade : M. Ballet et ses élèves MM. Marquezy, Tabaraud, Roubinovitch ont bien mis ce fait en lumière, particulièrement en ce qui concerne l'hystérie mâle.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XL. Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée et de la vacuolisation des cellules nerveuses; par les Drs Van Gehuchten et de Buck.

Les auteurs ont pu utiliser un cas de désarticulation de la hanche

pour faire de nouvelles recherches sur les localisations des noyaux moteurs dans la moelle lombo-sacrée.

Les faits observés concordent entièrement avec ceux qu'ils avaient constatés dans un premier cas : il existe donc, à en juger par la localisation de la chromatolyse consécutive à la section des nerfs, au niveau de la moelle lombo-sacrée, deux groupements de cellules nerveuses ou noyaux qui sont en rapport avec l'innervation motrice de la jambe et du pied, un premier noyau postéro-latéral allant depuis la partie supérieure du 5e segment lombaire à la partie inférieure du 3e segment sacré et un second noyau, postérieur au premier, allant de la partie supérieure du 2e segment sacré à la partie inférieure du 4e segment sacré.

Un certain nombre des cellules chromatolysées présentaient, en nombre variable, des vacuoles de petit volume, sous forme de cavités rondes semblant taillées à l'emporte-pièce au sein du protoplasma cellulaire.

La question de la vacuolisation du protoplasma des cellules nerveuses ne peut pas recevoir, dans l'état actuel de la science, de solution nette et précise. (*Revue neurologique*, août 1898.)

E. Blin.

XLI. **Les porencéphalies** (*Recherches histologiques*) : par le Dr F. Gangitano. (*Il. Morgagni*, n° 7, 1898.)

Le manque de connaissances exactes sur les causes étiologiques de la porencéphalie est cause de la variété et de la multiplicité des dénominations, des subdivisions, des classifications qu'on rencontre chez les auteurs qui se sont occupés de cette question. Toutes ces formes et variétés pourraient bien être sous la dépendance d'un processus anatomique unique, pouvant se produire dans la vie indépendante aussi bien que dans la vie intrautérine. C'est de cette hypothèse, acceptée par les uns, combattue par les autres, qu'est parti l'auteur au cours de ses recherches histologiques sur les porencéphalies. Il passe en revue la littérature de son sujet, riche déjà au point de vue clinique, assez pauvre au point de vue anatomo-pathologique. Il insiste tout particulièrement sur un travail récent de Kalhden portant sur dix cas de porencéphalies avec recherches histologiques et donne les deux observations complètes sur lesquelles s'appuie son travail. L'histoire clinique ne permet pas de douter qu'il s'agisse dans l'une et l'autre de *porencéphalie acquise* : l'examen macroscopique et microscopique confirme ce diagnostic en reconnaissant comme cause du porus : dans le premier cas, un ramollissement cérébral trombosique datant de longues années, dans le second cas une hydrocéphalie consécutive à des tumeurs tuberculeuses et relativement récente.

Dans le premier cas l'auteur rencontre une membrane de néofor-

mation complètement organisée, telle qu'elle constitue pour les auteurs en général le caractère anatomique de la porencéphalie acquise.

Dans le deuxième cas, qui paraît dépourvu de membrane, il constate, au dessus de la cavité, les éléments histologiques des tissus de néoformation. Ces éléments sont épars et semblent rayonner les uns vers les autres, selon une disposition analogue à celle qui a été constatée dans le premier cas. La comparaison des signes anatomiques et microscopiques soigneusement recueillis dans les deux cas, semble donc démontrer clairement l'existence, dans l'un comme dans l'autre, de la membrane néoformée, parvenue dans le premier cas à la période d'état, dans le deuxième cas à la période *initiale*. D'où il se dégage naturellement cette opinion, que l'existence au-dessus de la cavité porencéphalique d'une membrane de néoformation pourrait bien ne pas avoir — comme on le croit généralement — de valeur réelle au point de vue du diagnostic pathogénique, mais seulement du diagnostic *chronologique*.

R. Charon.

XLII. **Une singulière infection cérébro-spinale expérimentale, avec altérations policellulaires évidentes et profondes**; par G. Daddi et Silvestrini. (*Lo Sperimentale*, n° 3, 1898.)

Au cours de recherches expérimentales sur les virus rabiques, les auteurs ont isolé un micro-organisme de forme nettement bacillaire, se présentant généralement accouplé ou en chaînettes de 3-4-5 éléments, doué de mouvements oscillatoires lents et peu étendus, se colorant avec les couleurs communes d'aniline, pullulant rapidement dans les milieux de culture ordinaires, doué d'une vitalité extraordinaire et résistant à la température de 70°.

Les inoculations pratiquées sur un grand nombre de lapins, de chiens, de rats, à l'aide des cultures de ce bacille ont démontré une action pathogénique toute particulière. Par les voies sous-cutanée, péritonéale, pleurale, ces inoculations n'ont produit aucun effet morbide; mais par la voie sous-duremérienne, elles ont produit dans tous les cas un ensemble de symptômes pathologiques très particuliers : les uns à forme aiguë, les autres plus ou moins graves à forme chronique : contracture de la tête en opistotonos, tremblement exagéré par le stimulus le plus léger, extrême excitabilité réflexe, difficulté considérable à reprendre l'équilibre perdu, mouvements ataxico-parético-spasmodiques des membres, épuisement très notable de l'énergie, faiblesse du sens musculaire. Par les symptômes particuliers de l'infection cérébro-spinale qu'il produit, par ses caractères morphologiques èt culturaux, le micro-organisme en question diffère donc de tous les autres micro-organismes décrits antérieurement, et en particulier de celui de la rage,

puisque les animaux inoculés à l'aide des cultures de ce bacille, ne se sont pas montrés plus tard réfractaires au virus rabique. L'action de ce bacille nouveau se porte spécialement sur les cellules nerveuses, dont les auteurs décrivent les lésions dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière (augmentation de volume du protoplasma granuleux, modification finement granuleuse de la substance chromatophile, déformation variqueuse des prolongements).

Les auteurs proposent, pour fixer le caractère de localisation tout particulier de ce micro-organisme, au point de vue clinique, de le désigner sous le nom de *diplobactérie encéphalo-myélophile*.

R. Charon.

XLIII. **Section partielle du nerf médian. Suture. Restauration fonctionnelle**; par A. Lambotte et Sano. (*Journ. de Neurologie*. 1899, n° 4.)

Cette observation concerne un enfant de Paris qui, en cassant une vitre avec la main, se fit au poignet une blessure qui intéressa le tendon du petit palmaire, celui du long fléchisseur du pouce et les deux tiers externes du nerf médian. La suture de ces deux tendons et des fibres sectionnées du médian fut suivie du retour rapide de la sensibilité : celle-ci disparut, il est vrai, au bout de quelques jours, mais pour reparaître définitivement peu de temps après. Quant à la mobilité des doigts, elle n'avait pas été modifiée par la blessure du médian : l'auteur conclut de cette particularité que le faisceau qui contient les fibres motrices au niveau du poignet se trouve dans la partie interne du nerf. G. Deny.

XLIV. **Lésion de la bandelette optique et du pédoncule du côté gauche**; par A. Maheim. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 4.)

XLV. **Un cas de tabes incipiens avec exagération des réflexes rotuliens et abolition du réflexe du tendon d'Achille des deux côtés**; par Van Gehuchten. (*Journ. de Neurologie*. 1899, n° 5.)

L'auteur croit pouvoir conclure de cette observation que l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une aussi grande importance pour le diagnostic du tabes que le signe de Westphal.

XLVI. **Des altérations des cellules nerveuses provoquées par l'arsenic**; par le Dr Soukhanoff. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 3.)

Il ressort de ce travail que des doses toxiques d'une solution d'arsenite de potassium injectées à des cobayes, déterminent assez

rapidement des altérations des cellules nerveuses de la moelle qui peuvent se résumer ainsi : 1° Coloration diffuse du corps cellulaire avec désagrégation des corpuscules de Nissl et turgescence de toute la masse du protoplasma ; 2° dissolution partielle de la substance chromatique (apparition de taches noires) ; 3° vacuolisation. G. D.

XLVII. **Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens (nerf pneumogastrique)**; par le Dr Van Gehuchten. (*Journ. de Neurologie*, 1899, n° 2.)

Il résulte de ces recherches : 1° que les fibres motrices du nerf vague présentent deux noyaux d'origine :

a) Un noyau moteur ventral ou *noyau moteur à grandes cellules*, constituant le noyau ambigu. Ce noyau appartient en propre aux fibres de ce nerf.

b) Un noyau moteur dorsal ou *noyau moteur à petites cellules*. Ce noyau appartient à la fois aux fibres du vague et aux fibres bulbaires du nerf de Willis.

2° Que les fibres sensitives du nerf vague pénètrent dans le bulbe jusqu'au niveau du faisceau solitaire. Là, elles se recourbent en bas pour devenir les éléments constituants de ce faisceau. Ces fibres peuvent se poursuivre jusque dans l'extrémité supérieure de la moelle cervicale. Elles se terminent par des ramifications collatérales et terminales dans la substance grise gélatineuse voisine. Celle-ci représente donc le noyau terminal des fibres du faisceau solitaire ainsi que le noyau sensitif du nerf de la dixième paire. G. D.

XLVIII. **Deux cas de porencéphalie**; par Wigdeswort. (*Brain* LXXVII *et* LXXVIII.)

I. Homme de vingt-quatre ans (père alcoolique) normal jusqu'à treize ans ; affaiblissement intellectuel depuis cet âge avec attaques épileptiques et faiblesse du bras droit ; essai de traitement médical amélioration puis aggravation progressive, mort en état de mal. Hémisphère gauche pesant 115 grammes de moins que le droit, vaste perte de substance sans communication ventriculaire, intéressant tout le pourtour des deux tiers supérieurs de la Sc. de Sylvius, déformation du lobe frontal qui parait accru, atrophie droite du cervelet. L'auteur fait remonter la production de la lésion au septième mois intrautérin. — II. Jeune homme présentant des symptômes analogues, mort, hémisphère gauche déformé dans ses deux tiers antérieurs, aplati latéralement, destruction des circonvolutions préfrontales. Pour ces deux cas, l'auteur repousse toute hypothèse de tuberculose, d'embolie ou d'encéphalite comme ori-

gine. Pour le premier cas il croit à un développement défectueux aggravé par un traumatisme intrautérin, pour le deuxième à un simple traumatisme remontant probablement à la parturition.

F. Boissier.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Xe Session. — *Marseille, avril* 1899[1].

Séance du vendredi 7 avril (matin). — Présidence de M. Doutrebente.

ALIÉNÉS MÉCONNUS ET CONDAMNÉS

M. Taty, rapporteur. — Les aliénés méconnus et condamnés peuvent être réunis en deux groupes : les uns ont été totalement méconnus, le magistrat n'ayant pas jugé utile d'avoir recours à un examen médical ou n'ayant pas soupçonné leur maladie; les autres ont subi un examen médico-légal, qui ne les a pas empêchés d'être méconnus. Dans ce dernier cas, l'erreur peut provenir des experts qui se trompent dans leurs conclusions ou relever du magistrat qui ne tient pas compte dans son jugement des indications de l'expert.

A ces deux groupes d'aliénés il faut ajouter ceux qui, reconnus aliénés par les médecins-experts, bénéficient d'une ordonnance de non-lieu et qui, une fois à l'asile, laissent le médecin s'apercevoir de leur responsabilité ou avouent eux-mêmes pour obtenir leur sortie. Ce groupe comprend de nombreux sujets et beaucoup de médecins d'asiles pourraient en signaler des exemples.

Ce sont eux qu'a décrits M. Charpentier sous le nom de *pseudo-irresponsables*, et on peut en rapprocher ceux qui, d'après M. Vallon, font de l'aliénation préventive, excuse anticipée de leurs méfaits à venir.

Malgré les progrès de la psychiatrie et les relations entre la médecine légale et la magistrature, on constate encore trop fréquemment à notre époque la condamnation d'aliénés indiscutables (paralytiques généraux, déments, persécutés, etc.). Ces faits regrettables peuvent et doivent être évités.

[1] Voir le dernier numéro, *mai*, page 366-409.

Des individus à tares psychiques, capables certainement de commettre des infractions sous l'influence nette de ces tares ou d'un délire surajouté, mais aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique et même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes comme d'un moyen de dégager ultérieurement leur responsabilité, sont encore souvent condamnés; les antécédents de ces individus comportent des condamnations et des internements dans les asiles, antérieurs ou postérieurs à ces condamnations, prouvant qu'ils étaient aliénés au moment de l'infraction et que la condamnation a frappé un aliéné méconnu [1].

Les médecins, les magistrats et le législateur doivent rechercher et appliquer tous les moyens propres à empêcher à l'avenir les condamnations pour infractions nettement symptomatiques d'un état quelconque d'aliénation mentale et à faciliter la critique médico-légale des infractions épisodiques commises par des individus à antécédents pathologiques douteux, de façon qu'on n'ait plus à regretter de voir punis des aliénés criminels ou délinquants dans les cas où la maladie mentale est la cause indiscutable de l'acte incriminé. — Ces moyens sont préventifs ou réparateurs.

Les *moyens préventifs* consistent dans le développement de l'enseignement des maladies mentales permettant aux médecins de remplir auprès des tribunaux de première instance l'office d'experts suffisamment aptes à diagnostiquer les cas d'aliénation faciles et à éveiller l'attention des magistrats dans les cas difficiles. Il serait en outre nécessaire d'étendre cet enseignement aux étudiants des Facultés de droit, futurs avocats ou magistrats instructeurs, de façon à les mettre en état de mieux reconnaître les cas dans lesquels un doute peut planer sur l'intégrité des facultés intellectuelles des prévenus. A cela, ajoutons l'organisation d'un service médical, partout où il sera possible, chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et pouvant être mis à la disposition des prévenus en liberté et poursuivis sur citation directe, une visite suffisant en général pour supprimer la moitié des erreurs judiciaires relevées et permettant de soulever, dans les autres cas, des doutes capables de légitimer une expertise plus sérieuse. Des garanties devraient être données à la société et aux individus par les mesures suivantes : les expertises contradictoires; l'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés; la nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés; la création des asiles de sûreté, sous différentes réserves, notamment sous celle que le placement n'y sera effectué que sur avis médical motivé et quand l'asile ordinaire sera reconnu insuffisant. Tous ces moyens ont pour but d'empêcher la con-

[1] Nous avons relaté un certain nombre de cas de ce genre dans nos *Comptes rendus* de Bicêtre de 1880 à 1898. (B.).

damnation d'un aliéné. Les *moyens réparateurs* consisteraient dans les mesures suivantes : 1° lorsque la condamnation s'est produite, réformation du jugement par la voie de l'appel, et action d'office des procureurs généraux qui jouissent, dans ce but, d'un délai exceptionnel de deux mois; 2° quand enfin la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiatrique des prisons pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

M. le Dr GRANJUX. — Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude de cette question si grave « les aliénés condamnés », d'une part. dans la connaissance exacte de ce que deviennent au point de vue de l'aliénation mentale les militaires condamnés, et, d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant pas eu maille à partir avec la justice. Je vais avoir l'honneur de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Comme les recherches statistiques ne valent que par la confiance qu'inspirent les travaux sur lesquels elles reposent, je dois déclarer, avant tout. que je me suis servi exclusivement d'un document dont l'impartialité s'impose, « la statistique médicale de l'armée », rédigée au Ministère de la Guerre d'après les rapports établis par le service de santé. Mes calculs, basés sur des données officielles, en tirent toute leur valeur. Comme vous le savez, sans doute, les résultats de l'action de la justice militaire peuvent se résumer ainsi :

a) Les militaires condamnés par les conseils de guerre subissent leurs peines soit dans des prisons, soit dans des pénitenciers, soit dans les ateliers de travaux publics.

b) Indépendamment des conseils de guerre, les hommes de troupe sont justiciables des conseils de discipline régimentaires, qui ont qualité pour prononcer l'envoi dans les compagnies de discipline — vulgairement appelées *biribi* — où sont envoyés directement les mutilés volontaires.

c) A leur sortie de prison les militaires sont dirigés sur les bataillons d'infanterie légère d'Afrique — appelés en argot militaire *bat d'af* ou *joyeux* — où sont reçus dès leur incorporation les jeunes soldats déjà frappés par la justice civile.

Or, grâce à la statistique médicale de l'armée il est facile de savoir combien chacun de ces groupes a subi de réformes du fait de l'aliénation mentale, par conséquent comment il se comporte vis-à-vis d'elle. On peut avoir aussi facilement les mêmes renseignements pour le reste de l'armée. Voici ces données :

1° *Prisons, pénitenciers et ateliers des travaux publics.* — Dans ce groupe on a réformé pour « aliénation mentale, paralysie géné-

rale, idiotie » : En 1893, 6 hommes sur un effectif de 4.935, soit 1,2 p. 100; en 1894, 6 sur 5.204, soit 0,9 p. 100 ; en 1895, 10 sur 5.024, soit 2 p. 100; en 1896, 6 sur 4.096, soit 1,5 p. 100. Ainsi donc dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics on réforme annuellement pour aliénation 1 homme 1/2 sur 1.000.

2° *Compagnies de pionniers et de fusiliers de discipline.* — Pour les motifs ci-dessus indiqués, on a réformé dans ces corps d'épreuve : en 1893, personne sur un effectif de 771 ; en 1894, 2 sur 875, soit 2,3 p. 100 ; en 1895, 4 sur 902, soit 4,4 p. 100 ; en 1896, 5 sur 717, soit 6,9 p. 100. Conclusion : même en comptant l'année 1893 où aucun aliéné n'a été trouvé parmi les disciplinaires, on réforme actuellement, pour aliénation, 3,4 de ces hommes sur 1.000.

3° *Bataillons d'infanterie légère d'Afrique.* — On y a réformé toujours pour les mêmes affections : En 1893, 5 chasseurs sur un effectif de 4.864, soit 1 p. 100; en 1894, 3 sur 5.532, soit 0,5 p. 100; en 1895, 6 sur 6.494, soit 0,9 p. 100 ; en 1896, 6 sur 6.527, soit 0,9 p. 100. On réforme donc aux bataillons d'Afrique pour aliénation mentale en moyenne chaque année 0,8 d'homme pour 1.000.

4° *Armée, moins les prisonniers et les corps d'épreuve.* — Si de la statistique totale de l'armée on décompte tout ce qui est afférent aux trois groupes précédents, on voit que « l'aliénation mentale, la paralysie générale, l'idiotie » ont nécessité pour le reste des troupes : en 1893, 202 réformes sur un effectif de 459.284, soit 0,4 p. 100 ; en 1894, 217 sur 480.662 présents, soit 0,4 p. 100 ; en 1895, 265 sur 477.345 présents, soit 0,5 p. 100 ; en 1896, 215 sur un effectif de 497.505, soit 0,4 p. 100. On réforme donc pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et des corps d'épreuve, en moyenne 0,4 pour 1.000 présents.

Si l'on rapproche les résultats précédents, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année : 1.5 réforme dans les prisons ; 3/4 réforme dans les compagnies de discipline ; 0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique; 0,4 réforme dans le reste de l'armée.

Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants : 1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 2° il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 3° il y a aux compagnies de discipline huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée. Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuve ?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles :

1° La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée. Il est hors de conteste que dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, bataillons d'Afrique, compagnies de discipline, la simulation est en honneur;

il y a là des méthodes habiles secrètement transmises, des procédés qui se modernisent, et avec lesquels le médecin doit compter. Mais en supposant que la bonne foi de l'expert soit surprise, ce ne peut être que de temps à autre; et les réformes ainsi escamotées ne sauraient être bien nombreuses, étant donné surtout la difficulté avec laquelle le commandement les accorde pour cette catégorie de militaires. C'est donc un facteur dont il faut tenir compte, mais qui n'est pas suffisant, à lui seul, pour fournir l'explication cherchée.

2° En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens *non prédisposés*. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse, dont la réalité serait si honteuse pour notre armée; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation.

3° On peut rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des *héréditaires prédisposés* qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière au point de vue du diagnostic.

4° Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus lors de leur comparution en conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve, et voici sur quoi nous basons cette opinion :

En réalité, les manifestations du déséquilibre mental qui se produisent dans l'armée peuvent être divisées, quant aux suites qu'elles ont pour leurs auteurs, en deux catégories suivant qu'elles semblent ou non constituer des actes d'indiscipline.

Dans le premier cas : absence illégale, injures, refus d'obéissance, rébellion, voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose d'autant que la notion de cette autre chose lui est étrangère. Si ce soi-disant indiscipliné est, par hasard, un cérébral, son état sera méconnu, car les fugues et les impulsions des épileptiques, l'état second des hystériques, les actes extravagants des dégénérés, et, plus particulièrement, des fous moraux, les formes de débuts de

l'aliénation et surtout de la paralysie générale, l'alcoolisme dans ses manifestations si multiples, sont ignorés des chefs militaires, alors qu'ils sont loin d'être rares dans cette armée où trop de parents, qui la prennent pour une maison de correction, glissent des enfants réputés incorrigibles, et vous savez ce que cache souvent cette étiquette.

Si, au contraire, les actes de l'individu ont frappé par leur bizarrerie, s'ils n'ont pas de relations avec le service, ou si même s'étant produits dans le service, ils n'ont pas porté atteinte à la discipline, dans ce cas l'homme est envoyé à la visite du médecin du corps.

En résumé, les actes commis par des militaires entrant dans l'aliénation sont jugés en premier ressort exclusivement par les officiers. De ces faits les uns sont fatalement considérés comme des actes d'indiscipline, et, à l'heure actuelle, il ne saurait en être autrement; leurs auteurs ne sont point soumis à un examen médical et sont l'objet de punitions ou de condamnations. Personnellement, dans les nombreuses années que j'ai passées dans les corps de troupe, jamais je n'ai été appelé à me prononcer sur l'état mental d'individus traduits en conseil de guerre ou de discipline. Seuls des actes non taxés d'indiscipline, et de ceux-là seulement, le commandement se décharge sur les médecins.

Telle est la façon dont les choses se passent; elle explique, croyons-nous, comment les prédisposés et les aliénés peuvent aller dans les prisons et dans les corps d'épreuve.

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. L'afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tient — nous venons de le démontrer — à l'absence d'un filtre capable d'arrêter les cérébraux au seuil des conseils de guerre ou de discipline. On mettrait donc fin à cet état anormal, en construisant le barrage en question. Eh bien, rien n'est plus simple. Il suffirait de prescrire que, dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Nous ne prétendons pas que les médecins de régiment pourront trancher au pied levé toutes les questions de responsabilité; loin de là; il y aura toujours nombre de cas embarrassants, demandant une observation attentive, prolongée, et faite dans un milieu spécial; mais les signaler est déjà chose capitale. Le but à attendre de l'examen que nous réclamons est non pas de résoudre complètement et définitivement des questions d'essence si complexe, mais d'éclairer la religion des juges militaires, de faire faire les enquêtes et études nécessaires, enfin de ne pas laisser prendre des

malades pour des coupables. Tout ce que nous venons de dire peut, en définitive, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La statistique médicale de l'armée établit que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demi plus considérable dans les compagnies de discipline ;

2° La raison en est que nombre de prédisposés, d'aliénés confirmés ou au début sont fatalement méconnus lors de leur comparution aux conseils de guerre ou de discipline;

3° On empêcherait, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs, en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline serait soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps;

4° Il est désirable que cette mesure, si facilement réalisable, devienne rapidement obligatoire.

M. Giraud appelle l'attention sur les cas déjà cités par M. Taty, où l'aliéné a été méconnu parce que les experts ont méconnu les troubles mentaux. Il en rapporte un cas au nom de M. Samuel Garnier. Il en a lui-même observé plusieurs cas. Il a, entre autres, eu l'occasion de faire une expertise sur un jeune homme arrêté au Havre pour toute une série de vols. Il présentait les caractères les plus nets de folie morale avec antécédents personnels et héréditaires. Dans son enfance, il avait fait sans motif plausible un grand nombre de fugues à la suite desquelles il ignorait souvent comment il avait employé son temps. Eh bien ! ce jeune homme avait déjà subi plusieurs condamnations antérieures et avait été déclaré responsable sur un rapport de M. Paul Garnier. Tout le monde connaît la haute compétence de M. Paul Garnier, ce qui prouve simplement que, dans une simple expertise, aucun aliéniste n'est à l'abri d'une erreur, surtout pour ces cas spéciaux de folie morale.

Il faut dire, toutefois, que ces erreurs sont fort rares, et M. Giraud, parmi toutes les admissions qui ont passé entre ses mains, n'a encore jamais vu d'aliénés transférés de la prison et ayant été l'objet d'un rapport médical antérieur. Quant aux aliénés directement méconnus par les tribunaux, c'est surtout aux tribunaux correctionnels qu'ils sont imputables. Il serait bon que l'éducation des magistrats fût un peu plus faite à ce point de vue.

Enfin il y a lieu aussi d'appeler l'attention sur les enfants aliénés ou dégénérés envoyés dans les maisons de correction. Il y en a un certain nombre de méconnus. A la rigueur on peut dire que les maisons de correction ne sont pas une peine disciplinaire, mais néanmoins la contagion peut avoir un effet déplorable sur les enfants et il est absolument fâcheux de voir qu'on y envoie encore souvent des malades, comme des épileptiques par exemple. M. Gi-

raud a déjà observé pour son compte 7 jeunes filles envoyées de la maison de correction à l'asile Saint-Yon [1].

M. Vallon rapporte deux observations d'aliénées méconnues appartenant à la catégorie des imbéciles avec tendance au vagabondage. Elles ont été condamnées, l'une 12 fois, l'autre 27 fois, et comme elles sont atteintes d'imbécillité et non de simple débilité, la condamnation aurait pu être facilement évitée par une expertise. Il ne faut pas espérer faire de tous les médecins des aliénistes, mais il serait à désirer que tous aient des notions suffisantes de médecine mentale pour pouvoir constater l'anormalité psychique des prévenus et attirer sur elle l'attention des spécialistes.

Dans la Seine les expertises sont devenues extrêmement fréquentes. Les magistrats appellent plus facilement à leur aide le médecin aliéniste que les magistrats de province. Au petit Parquet, on a fait faire 52 expertises pour des motifs d'apparence futile qui n'auraient pas attiré l'attention en province; 11 seulement de ces expertises étaient motivées et furent suivies d'ordonnance de non-lieu. Donc il n'y aurait pas à modifier la loi; il suffirait que les chefs de Parquet recommandassent à leurs subordonnés d'ordonner un plus grand nombre d'expertises.

M. Rey. — S'il y avait des asiles spéciaux pour ces sortes de malades, les tribunaux et le jury enverraient peut-être plus facilement à l'asile des malades dont ils craignent l'évasion dans les asiles ordinaires.

M. Mabille. — Il m'est donné souvent d'observer une catégorie de malades militaires la plupart venant des compagnies de discipline du château d'Oléron. Et je dois reconnaître que le diagnostic de leur affection est souvent difficile, car il peut arriver que cette affection soit simulée, ainsi d'ailleurs qu'il m'a été donné de l'observer. Un certain nombre de ces aliénés qui me sont adressés me semble toutefois appartenir à la catégorie des dégénérés, sans qu'il soit bien facile de démontrer qu'ils étaient atteints de troubles mentaux antérieurement à leur condamnation. A mon sens, les condamnations de déments ou d'idiots signalés dans le rapport devraient être évitées facilement.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de formes mal définies et comme M. Giraud, je crois que les erreurs dans ces cas sont souvent difficiles à éviter, cela d'autant mieux que les médecins les plus habitués aux choses de la médecine mentale éprouvent eux-mêmes quelque hésitation lorsqu'il s'agit de bien trancher la question de responsabilité.

Je crois devoir néanmoins insister sur la fréquence des condamnations dont sont frappés quelques aliénés atteints de cette forme

[1] Nous avons eu, à Bicêtre, un certain nombre de cas analogues. (B.)

de délire de persécution que M. Régis a appelée « délire de dépossession ». La plupart de mes « aliénés méconnus » appartiennent à cette catégorie et j'ajouterai que dans un de ces cas l'aliénation a été soupçonnée par les magistrats, et que ce n'est qu'après de nombreuses expertises médicales, qui n'avaient fourni qu'un résultat négatif, qu'il m'a été possible de démontrer par une observation prolongée à l'asile de Lafond, l'aliénation de l'inculpé « dépossédé » dangereux.

A côté des aliénés méconnus qui sont condamnés il y a les aliénés qui font condamner. J'en ai cité plusieurs exemples au Congrès de La Rochelle. La connaissance des faits de ce genre démontre amplement l'utilité d'un enseignement plus approfondi des choses de l'aliénation mentale.

M. Drouineau. — Il est évidemment utile que les magistrats aient une connaissance un peu plus grande des aliénés, mais l'instruction qu'ils pourront recevoir à ce sujet restera toujours toute personnelle et on ne voit guère de moyen de la généraliser. Ce qui importe surtout, c'est de vulgariser l'étude de l'aliénation mentale dans les Écoles de Médecine; en outre, l'expertise devrait être absolument réservée à des médecins spéciaux, alors même que le médecin ordinaire aurait fait un stage plus ou moins long dans un asile au cours de ses études médicales.

Dans le projet de loi Dubief, peut-être la spécialisation de l'expertise sera-t-elle demandée. Il apparait d'ailleurs de plus en plus nécessaire de créer des asiles de sûreté, la seule difficulté à laquelle on puisse se buter, c'est que ces asiles devront être des asiles d'Etat, et le Parlement peut refuser les crédits d'une dépense assez considérable.

M. Régis a fait, comme M. Granjux, une statistisque des aliénés méconnus par les tribunaux militaires. La statistique de M. Granjux n'est peut-être pas tout à fait complète. Elle ne comprend pas les épileptiques. Beaucoup d'aliénés méconnus n'ont pas été réformés, et d'autres, examinés et déclarés responsables par des médecins militaires, ont été plus tard reconnus aliénés. Certains enfin, quoique aliénés, ont été portés comme réformés pour une autre cause.

M. Régis demande qu'il y ait un examen préalable avant l'incorporation. La connaissance de l'aliénation mentale par les médecins militaires devrait être plus développée. Enfin, il devrait y avoir, dans l'expertise, adjonction d'experts civils spécialistes. M. Régis propose au congrès de voter le vœu suivant : « 1° Que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer, comme elle l'est devant les tribunaux civils; 2° qu'en particulier l'examen mental de tout militaire, en prévention du conseil de discipline ou de conseil de guerre, soit

pratiqué par les médecins du corps avec adjonction possible, sur leur demande, d'experts civils pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. Rey profite de la discussion en cours, pour rappeler les tentatives qu'il a faites, en qualité et de médecin et de conseiller général de Vaucluse pour l'hospitalisation, le traitement et l'éducation des enfants idiots et arriérés et demande au Congrès de l'aider dans sa tâche en adoptant le vœu suivant : « Qu'il soit donné suite au projet de créer des établissements pour enfants arriérés dans la région du Sud-Est. »

M. le Président estime que cette question ne se rattache pas à la question en discussion et qu'elle devrait être ajournée quand celle-ci sera terminée.

M. Bourneville appuie énergiquement la proposition de M. Rey. M. le Président estimant que cette proposition ne vient pas, peut-être, d'une façon opportune, M. B... ne rappellera pas, comme il en avait l'intention, tous les arguments, et ils sont nombreux, qui plaident en faveur de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés ou atteints d'imbécillité morale, d'instabilité mentale, etc.

Il se bornera à prendre, dans la discussion qui vient d'avoir lieu, des arguments péremptoires en faveur du vœu de M. Rey et qui montreront que ce vœu n'est pas un hors-d'œuvre.

Parmi les *conscrits* qu'on envoie aux compagnies de discipline parce que, auparavant, c'est-à-dire dans l'adolescence, ils ont eu des condamnations, beaucoup, s'ils avaient été examinés avec soin, auraient dû être traités comme malades.

Quant aux *enfants aliénés ou dégénérés*, dont a parlé M. Giraud, leur place n'est nullement dans les maisons de correction où ils ne sont pas l'objet d'une éducation et d'un traitement médical appropriés à leur situation physique et mentale et où leur état s'aggrave au lieu de s'améliorer. Leur place est dans les asiles-écoles.

Les mêmes remarques s'appliquent aux *disciplinaires*, dont a parlé M. Mabille. Lors du Congrès de la Rochelle, nous avons eu l'occasion de voir avec nos collègues les malheureux, internés dans le pénitencier de l'île de Ré, rangés dans une cour, et tous nous avons pu constater que la très grande majorité d'entre eux présentaient des signes très accusés de dégénérescence qui les rendaient comparables avec beaucoup de nos malades aliénés, hospitalisés dans les asiles. Si nous avions pu comparer leurs *antécédents héréditaires* et *personnels* avec ceux des aliénés, il est probable que nous serions arrivés à cette conclusion qu'un grand nombre d'entre eux sont, comme les aliénés, des *malades*.

Si, dès la constatation des actes anormaux, on avait procédé à

une expertise médico-légale, on aurait constaté que ces adolescents n'étaient pas responsables au sens légal du mot, car il n'y a pas de responsabilité absolue pas plus que de libre arbitre absolu. Les enfants arriérés sont justiciables d'établissements spéciaux et non des maisons de correction. Cette conclusion s'impose. Il appartient au gouvernement, aux administrations départementales et municipales de créer les asiles-écoles où ces enfants doivent être traités et éduqués et d'où la plupart sortiront améliorés ou même guéris. En réalisant cette réforme, on économisera les frais d'entretien dans les maisons de correction, dans les dépôts de mendicité, dans les prisons civiles et militaires.

Le vœu de M. Ph. Rey est ensuite adopté.

Syndrome urinaire neurasthénique.

M. Sépet. — Chez trois neurasthéniques graves nous avons pu retrouver un ensemble de symptômes qui justifient le titre de notre publication et ce qui nous a paru intéressant, c'est que les symptômes urinaires s'atténuent et reparaissent selon que l'on note des améliorations ou des rechutes dans la maladie. Les tableaux que nous joignons à ce travail le montrent d'une façon très nette. Chez nos trois malades il existait de la polyurie, avec augmentation de la densité, élimination considérable d'urée et surtout d'acide phosphorique. La polyurie est constante, il ne s'agit pas ici d'une de ces polyuries intenses que l'on observe chez les hystériques ou chez certains dégénérés; la quantité d'urine émise dépasse rarement 2 litres, mais se maintient d'une façon constante au-dessus de la quantité normale oscillant entre 1.750 cc. et 2.000 cc.; pendant les périodes d'amélioration le chiffre descend à 1.500 cc. et au-dessous, pour s'élever de nouveau à la moindre rechute. En somme chez nos 3 neurasthéniques nous retrouvons : polyurie légère, augmentation de la densité de l'urine, élimination considérable d'urée et surtout phosphaturie.

Myélite transverse avec paraplégie flasque.

MM. Noguès et Sirol (de Toulouse). — Observation d'une femme de 58 ans, qui, sans antécédents héréditaires et personnels d'aucune sorte, est atteinte après un refroidissement d'abord de fourmillements et de douleurs vagues dans le membre inférieur gauche, puis de paralysie avec atrophie en masse et hypoesthésie à tous les modes; trois mois plus tard le membre inférieur droit se paralyse à son tour et s'atrophie, mais plus rapidement (15 jours environ). A ce moment la paraplégie flaccide est complète, l'abolition des réflexes est absolue, l'atrophie musculaire considérable. L'examen électrique fait constater de la dimi-

nution de l'excitabilité, mais il n'existe pas de RD. Paralysie des réservoirs. Pas de troubles trophiques. Pas de déformation rachidienne.

A propos de cette observation les auteurs passent en revue les diverses affections pouvant présenter le tableau symptomatique constaté : paralysie hystérique, toxique ou infectieuse, polynévrite à forme de polyomyélite, polyomyélite antérieure subaiguë, et, par élimination, ils concluent qu'il ne peut s'agir que de myélite transverse dorso-lombaire dont la lésion doit être située au niveau ou au-dessous du centre des réflexes et qui, très probablement, a pour substratum anatomique une altération de la substance grise, des racines et des nerfs. Ces lésions expliqueraient, d'après M. Brissaud, sans être obligé d'invoquer une localisation médullaire précise, la paraplégie flasque d'emblée, alors que le plus souvent celle-ci, dans la myélite transverse, est d'abord spasmodique.

Vendredi (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOUTREBENTE.

A l'ouverture de la séance, M. TATY, répond aux observations faites le matin par MM. Drouineau, Régis et Vallon. M. le Président félicite M. Taty au nom du Congrès.

M. MABILLE émet le vœu suivant : « Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, réuni à Marseille, émet le vœu que les expertises médico-légales ayant trait à l'examen mental des inculpés soient toujours confiées à des médecins aliénistes. Il adhère en outre aux dispositions légales présentées par M. Dubief à la Chambre des députés et qui ont trait au placement obligatoire dans des asiles qui pourront être spéciaux, des inculpés non poursuivis ou acquittés par les tribunaux ou le jury, en raison de leur irresponsabilité. » Le Congrès adopte.

PRÉSIDENCE DE M. MABILLE.

Étude photographique sur les effluves humaines.

MM. ICARD et SÉPET. — Dans une communication faite à la Société de physiologie, M. Baraduc annonça qu'il avait pu fixer sur des plaques sensibles des radiations lumineuses produites par un fluide qui s'échapperait de l'organisme vivant au niveau des extrémités nerveuses, nerfs périphériques et organes des sens. Nous avons pu constater la réalité des faits énoncés par ce savant physiologiste, mais des expériences complémentaires nous permettent d'interpréter ces phénomènes d'une façon tout à fait différente. Voici en effet les expériences que nous avons entre-

prises : 1° Lorsque dans l'obscurité la plus complète, l'on tient la main pendant une durée de 15 minutes au-dessus d'une plaque sensible (plaque Lumière) immergée, gélatine en dessous, dans une cuvette remplie d'une solution à l'hydroquinone, l'on obtient une épreuve photographique consistant en cinq ombres à contours non définis, ombres rappelant grossièrement la forme des doigts. Pour M. Baraduc cette image résulte de l'action du fluide vital sur le sel d'argent de la plaque impressionnable. 2° Nous avons répété la même expérience avec la main d'un cadavre. Le dispositif employé et le temps de pose ont été exactement les mêmes. Au développement l'image obtenue a été exactement semblable à celle que nous avait fournie la main d'une personne vivante. Il nous paraît donc difficile de voir dans ce phénomène dont nous constatons l'existence la preuve d'un fluide vital qui se manifesterait aussi par un phénomène physico-chimique indiscutable.

Spiritisme et folie.

MM. Marie et Vigouroux. — A toutes les époques les délirants ont emprunté les éléments surajoutés de leur délire aux préjugés régnants et aux préoccupations du moment. Le spiritisme devait fournir à la folie son contingent de systèmes délirants explicatifs de troubles hallucinatoires. De plus, la médiumité spirite, qui n'est qu'un entraînement à l'automatisme inconscient, amène certains prédisposés à une dissociation telle que les déclanchements automatiques deviennent spontanés, puis l'état de conscience venant à disparaître complètement, le malade entre de plain-pied dans le délire. Nous avons observé des malades répondant à ces différents stades.

Paralysie pseudo-bulbaire.

MM. Marie et Vigouroux. — Les auteurs rapportent trois observations de malades présentant des paralysies d'origine d'apparence bulbaire.

La première concerne une femme de cinquante-sept ans ayant eu deux attaques nerveuses présentant le tableau clinique complet de la paralysie pseudo-bulbaire de Brissaud, avec paralysie de la langue, parésie du voile du palais, troubles de la respiration, rires et pleurs spasmodiques, etc.

La deuxième se rapporte à une femme de cinquante-quatre ans, qui, depuis sept ans, à la suite d'une paralysie des quatre membres, présente une abolition totale des mouvements phonétiques de la langue et divers troubles trophiques.

La troisième présente une ophtalmoplégie externe et une parésie faciale du côté droit, et des certificats antérieurs apprennent qu'elle a été aphasique. De plus, elle a de la polyurie.

Elle présente, en outre, des obsessions et des phobies très curieuses.

Note sur les aliénés en Russie et en Allemagne; par A. Marie.

Note sur la colonisation familiale.

MM. Marie et Vigouroux. — La colonie de Dun, créée en 1892, compte aujourd'hui 500 malades ; la colonie de Bussy-Wyzerolles, créée en 1894, compte 50 placements. Enfin, la colonie d'Anay-le-Château, en formation en ce moment, compte 30 malades et peut facilement en contenir 200. Trois points intéressants ont fait l'objet de vœux spéciaux au rapport du Conseil général de la Seine : 1° Extension de l'assistance familiale aux déments hommes ; 2° Extension de l'assistance aux convalescents à titre de patronage transitoire ; 2° Fondation d'une colonie agricole pour les aliénés chroniques, imbéciles et épileptiques.

M. Doutrebente demande à MM. Marie et Vigouroux de le rassurer sur l'existence possible de dangers créés par le placement familial. M. Vigouroux répond que les malades envoyés à Dun-sur-Auron ont déjà séjournés dans les asiles et qu'ils ont été choisis par les médecins; les malades agités sont renvoyés à Bourges. Personne ne demande l'application des asiles à portes ouvertes pour tous les malades.

Alitement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et sub-aiguës de l'alcoolisme.

M. Magnan. — Le *délire alcoolique* est la forme mentale à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit.

Permettez-moi de rappeler, d'abord, l'alcoolisme expérimental qui fournira des indications utiles à ce mode de traitement basé sur une surveillance continue, persistante, permettant de réaliser promptement la nuit, les conditions favorables dans lesquelles se trouve le sujet pendant le jour. Si l'on soumet un chien à l'action de l'alcool, il présente, pendant dix à douze jours, les mêmes phénomènes d'ivresse sur lesquels je n'ai pas à insister [1].

Mais si l'on continue à administrer quotidiennement le poison, d'autres symptômes apparaissent dénotant des transformations plus profondes du sujet. Dès le quinzième jour de l'intoxication, il survient une susceptibilité nerveuse, une impressionnabilité remarquables. L'animal est inquiet, triste ; il écoute, se tient aux aguets ; le moindre bruit le fait tressaillir, si la porte s'ouvre, pris

[1] Magnan. *De l'alcoolisme, des divers formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 9 et suivantes.

d'une vive frayeur, criant et laissant sur son passage une traînée d'urine, il court se blottir vers le coin le plus obscur de la salle; il ne répond plus aux caresses, s'éloigne, se cache, cherche à mordre dès qu'on veut le saisir et pousse des cris aigus à la moindre menace.

Cette disposition craintive augmente chaque jour, et dès la fin du premier mois, des illusions et des hallucinations venant s'y ajouter, elle se transforme en véritable délire. Au milieu de la nuit tout étant calme, il se met à aboyer avec force, élevant et multipliant les cris comme à l'approche d'un agresseur; d'autres fois, il pousse des gémissements plaintifs, la voix, l'appel sont insuffisants pour le rassurer, il faut intervenir avec la lumière; la clarté l'apaise et le tranquillise.

De même que l'animal, l'homme, au bout de peu de temps, change de caractère, se montre irritable, inquiet, impressionnable; il n'a plus de sommeil; il devient le jouet d'illusions et d'hallucinations, et lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation, ou qu'il est soumis à quelque autre cause d'excitation, il est pris d'un accès de délire alcoolique.

Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, de nature pénible, s'étendant à tous les sens, rappelant les préoccupations dominantes du moment, les occupations journalières avec surtout leurs accidents et leurs désagréments.

Ces hallucinations, suivant la disposition du sujet, suivant aussi leur degré d'intensité, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complètement la physionomie du malade : tout d'abord, il entend des injures, des provocations; puis il voit des voleurs, des gens armés, des animaux; ou bien il entend la voix de ses parents, de ses amis qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours; il voit sa femme entourée de misérables qui lui font subir le dernier outrage. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux, tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. C'est la forme qui prédomine habituellement dans les accès de *delirium tremens*, où les troubles hallucinatoires, d'une vivacité extrême, s'associent au tremblement de tout le corps, à la trémulation générale de tout le système musculaire.

Dans d'autres circonstances, l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal, il est accusé de différents crimes, il s'imagine les avoir commis, être menacé de subir d'affreuses mutilations; il assiste à l'enterrement de ses parents. Sous le coup de ces tristes impressions, il est sombre, inquiet, défiant; il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées d'homicide ou de suicide ; il se présente en un mot sous l'aspect d'un mélancolique. Enfin, à un degré plus élevé, il se voit chargé

de chaînes, au pied de l'échafaud, il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants; tout est en feu; il va être englouti, etc. Ces images l'ont atléré, épouvanté, terrorisé, il reste immobile dans un état complet de stupeur. De ces trois formes stupide, mélancolique, maniaque, cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

C'est ordinairement la nuit que se montrent tout d'abord ces accidents et s'il est difficile de préciser leur mode d'évolution à cause du souvenir un peu confus qu'en gardent les malades, on peut du moins indiquer avec certitude leur mode de disparition. Les hallucinations, d'abord persistantes le jour et la nuit, commencent à disparaître le jour, pour continuer à se produire la nuit avec la même intensité; devenant moins nettes, elles se montrent plus tard à ce moment intermédiaire à la veille et au sommeil, depuis longtemps signalé par Baillarger comme favorable à l'éclosion des troubles hallucinatoires. On ne trouve ensuite que des cauchemars qui persistent quelques instants quand l'individu se réveille, puis de simples rêves et le malade finit par apprécier avec une certaine exactitude ces fausses perceptions sensorielles qui ne tardent pas à disparaître complètement.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolisé habituellement très halluciné et agité à son arrivée, était autrefois isolé la nuit dans une cellule; là, constamment sous le coup de visions effrayantes, de menaces terrifiantes, il ne dormait pas, se tenait debout, poussait ou frappait les parois capitonnées de la cellule, s'agitait, criait, appelait au secours, interpellait des ennemis, s'épuisant en efforts stériles, s'arc-boutant contre un mur qui va tomber, contre une porte que poussent des assassins imaginaires, et quand les veilleurs ou le médecin intervenaient, on le trouvait haletant, couvert de sueurs, dans un état d'affolement extrême, et pour lui procurer quelques heures de repos, il fallait employer de très hautes doses de chloral.

Actuellement, les choses ont complètement changé. La présence continue des infirmiers de nuit les rassure, attire leur attention, les rappelle par instants à la réalité; mais si néanmoins les hallucinations persistent, se montrent actives, pressantes, on ouvre les becs de gaz et on éclaire largement la salle. La vive clarté, les paroles bienveillantes des veilleurs ne tardent pas à les rassurer. Leurs yeux perçoivent nettement tous les objets qui les environnent, il n'y a plus d'ombres, plus de demi-lumières, plus d'images douteuses, il voit en plein éclairage les infirmiers qui lui parlent et le sujet, comme en plein jour, se calme, rassuré par la substitution aux hallucinations des excitations physiologiques normales des sens : objets bien éclairés, paroles distinctes, interpellations pressantes et intervention de l'entourage, etc. Dans ces conditions, il ne tarde pas à s'endormir et dès qu'il se réveille, le veilleur le tran-

quillise et habituellement il se calme de nouveau, se voyant dans une salle d'hôpital et se sentant surveillé et protégé.

Le séjour des alcoolisés dans les salles d'alitement, atteint parfois mais dépasse rarement une semaine; les hallucinations ne tardent pas à disparaître même la nuit et le malade peut alors être installé dans la section des tranquilles

Sur 1.024 femmes traitées par l'alitement dans mon service de l'admission du mois d'avril 1897 au 30 novembre 1898, les alcooliques délirantes ont été au nombre de 105. Chez les hommes du mois d'octobre 1897 jusqu'au 30 novembre 1898, sur 1.062 malades soumis à l'alitement, 392 étaient atteints de délire alcoolique. Pour tous ces alcoolisés j'ai eu rarement recours au chloral et je n'ai jamais dû intervenir avec le chlorhydrate d'hyoscine.

Je dois faire observer qu'alitement ne veut pas dire immobilité et fixité au lit, le maniaque lui-même, au bout de peu de temps, reste le plus souvent assis ou étendu dans son lit, mais les premiers jours, il s'agite, remue, s'agenouille, se dresse, saute et danse, jette oreiller, couverture et traversin; ces mouvements désordonnés sont d'habitude de courte durée et le malade finit par se glisser dans les draps et se repose quelques instants pour recommencer encore. Une grande difficulté au début est d'habituer le personnel à rester spectateur attentif mais presque toujours passif et à n'intervenir que dans les cas, d'ailleurs peu fréquents, où le malade sort du lit et est porté à frapper ses voisins et à briser les objets qui l'environnent, ou bien encore quand certains mélancoliques excités sont anxieusement poussés au suicide. Ces moments sont d'habitude de courte durée et quand, exceptionnellement, ils se prolongent, c'est le surveillant ou la surveillante qui interviennent en attendant le médecin. Si dans ces cas tout à fait rares, l'isolement momentané dans une chambre, ou bien le bain ou le drap mouillé ne suffisent pas, une injection d'hyoscine ramène le calme. Le chlorhydrate d'hyoscine est un excellent médicament dont nous avons largement usé depuis 1888, mais avec le traitement par le repos au lit, nous en avons réduit intentionnellement l'emploi, pour faire tomber la légende de la *camisole chimique* des adversaires de l'alitement.

Si comme nous venons de le voir, l'alitement est utile dans l'alcoolisme, ses avantages n'en sont pas moindres dans toutes les formes aiguës ou sub-aiguës de la folie et nous pensons en terminant les résumer de la façon suivante : surveillance plus attentive; soins plus continus; examen médical plus facile et plus complet; diminution et bientôt disparition de la phase sub-aiguë de la manie et de la perplexité angoissante et douloureuse de la mélancolie ; sommeil et repos meilleurs ; réparation plus rapide des pertes subies par l'organisme soit par la dépense motrice du

maniaque, soit par la dénutrition du mélancolique; gâtisme très réduit et plus de barbouillage; destruction presque nulle d'objets mobiliers et de la literie; intervention moins dangereuse pour le personnel dans les cas de plus en plus rares, d'ailleurs, de violences ou d'agression des malades; transformation heureuse de l'asile par la substitution de la salle d'hôpital au quartier cellulaire.

D'autre part, on a reproché à l'alitement de provoquer la constipation, l'anémie, des habitudes d'onanisme, de pousser à l'abus des médicaments hypnotiques.

Tous ces inconvénients ont été fort exagérés. Il est facile, en effet, de surveiller le régime, de régulariser les digestions quand elles sont troublées; du reste, tous les matins, le cahier de rapport avec les divers renseignements des veilleurs sur l'état du malade la nuit, le sommeil, la température, signale s'il y a eu ou non des garde-robes, leur nombre, leurs caractères.

Quant à l'anémie, à l'amaigrissement, sauf quelques cas exceptionnels dus à des causes spéciales (tuberculose par exemple), c'est l'inverse que l'on observe, les malades pesés tous les huit jours augmentent généralement de poids. Quand les mélancoliques hypochondriaques ou persécutés refusent les aliments ou en prennent des quantités insuffisantes, on recourt à l'alimentation artificielle; d'autre part, les salles sont largement aérées et chaque jour, presque tous les malades passent suivant leur état, de 1 à 4 heures en plein air dans les jardins.

Dans les cas très rares où des pratiques d'onanisme semblent vouloir devenir habituelles, les malades sont levés, mais passent leur journée soit dans les salles d'alitement, soit dans les jardins pendant les heures consacrées à la promenade des alités où la surveillance est continue. — Pour résumer nous dirons :

1° Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet, isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures;

2° Les perceptions illusoires de l'alcoolique s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées; celles-ci en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes;

3° L'alitement en permettant de placer le sujet dès que son délire se réveille dans la réalité des faits devient dans l'alcoolisme aigu et sub-aigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet en général de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

Myélite syphilitique diffuse; par LAFFARGUE.

Un cas de névralgie ovarienne guérie par la suggestion; par PUJOL.

Circulation chez les sujets hypnotisés ; application de la méthode graphique.

M. BÉRILLON. — Le dicrotisme apparaît sous l'influence de l'état hypnotique : si le pouls est fréquent, il baisse en fréquence. A l'état de veille, par exemple, si l'on voit le pouls à 140, une fois le sommeil provoqué, il tombe successivement de 140 à 120, 106, 96; au réveil il remonte à 140.

Délire systématisé des grandeurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. DUFOUR. — Parmi les formes de délire post-typhique, on note surtout la monomanie ambitieuse. Marcé et Morel la regardent presque comme caractéristique de ce délire. Hanot et Bucquoy l'ont aussi signalée comme très fréquente. Le Dr Pagliano en a observé huit cas sur quarante observations. On a appelé l'attention sur le peu de consistance de cette monomanie ambitieuse, sur sa mobilité et sa transformation en délire lypémaniaque. D'après Régis, notamment, les conceptions délirantes mégalomaniaques ont chez ces malades un cachet spécial de niaiserie, d'absurdité : on croirait entendre radoter de jeunes vieillards et il n'y a pas chez eux de systématisation. L'observation que je cite ne vient pas corroborer cette opinion : l'idée délirante y est nettement systématisée et le malade raisonne parfaitement son délire. Trois particularités à retenir : En premier lieu, pas d'antécédent vésanique ou névropathique. En second lieu, l'idée délirante s'est manifestée au moment même où la température est revenue à la normale et où tous les phénomènes généraux se sont amendés. Le fait le plus saillant, c'est la systématisation de l'idée délirante chez le malade : l'idée d'un héritage qu'il vient de faire est chez lui bien ancrée et il en tire des conséquences logiques. On est donc loin de la superficialité du délire post-typhique signalée par Hanot et Bucquoy. Il est fort possible que, dans la majorité des cas, les idées délirantes de la convalescence de la fièvre typhoïde soient superficielles et changeantes; mais il faut reconnaître aussi qu'elles peuvent être nettement systématisées et c'est sur ce point que l'observation présente un réel intérêt.

Chute émotionnelle et généralisée du système pileux. — Claudication hystérique; par BIDON.

Délires systématisés secondaires à un état neurasthénique ;
par LALANNE.

Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréo-athétosique.

M. BOINET. — Marie M..., âgée de dix-huit ans, indemne de syphilis, légèrement alcoolique, entre le 20 juillet 1898 à l'Hôtel-Dieu pour une tuberculose pulmonaire aiguë, offrant le type de la granulie à type clinique d'embarras gastrique fébrile. Le 18 *août*, céphalalgie violente, continue, avec vomissements et constipation. Cette poussée méningitique s'accompagne de mouvements jacksonniens convulsifs localisés aux membres supérieur et inférieur droits. Le 24, ces mouvements sont lents, désordonnés, arythmiques, *choréiformes* et limités au membre supérieur droit. Les doigts de la main droite sont animés de mouvements *athétosiques* étendus, analogues à ceux des danseuses javanaises ; ils passent lentement de la flexion à l'extension forcée avec reptation étendue ; à son tour, la main se fléchit sur l'avant-bras qui exécute à son tour des mouvements successifs de pronation, de supination, de flexion sur le bras. Le deltoïde droit a des contractions spontanées, brusques, en masse ; la moitié droite de la face est grimaçante : la commissure labiale droite fortement tirée en haut et en dehors, laisse rythmiquement et par intermittence, les dents à découvert et donne à cette moitié de la face l'expression des masques antiques ; l'aile du nez est soulevée en même temps. Mâchonnement incessant, grande difficulté pour parler, bredouillement, acuité auditive et visuelle diminuée du côté droit. Douleurs de tête toujours très intenses, elles occupent surtout la région frontale, s'irradient parfois vers l'occiput. Les mouvements du membre inférieur droit sont moins étendus, moins fréquents, plus lents ; les orteils esquissent des mouvements athétosiques ; ce sont leurs mouvements d'extension qui sont surtout accentués. Les diverses sensibilités sont exagérées à droite, la raie méningitique y est plus accusée. Il existe aussi quelques troubles vaso-moteurs.

Le 2 *septembre*. — Les mouvements choréiformes, jacksonniens, du membre supérieur et de la moitié droite de la face persistent ; les mouvements athétosiques de la main droite ont cessé ; la jambe droite est le siège de quelques mouvements spontanés choréiformes ; le pied droit exécute des mouvements incessants de flexion, d'extension avec écartement considérable du gros orteil. Le tremblement épileptoïde fait défaut et le réflexe rotulien droit est aboli. Les masses musculaires sont douloureuses à la pression. La température vespérale oscille entre 39°,5 et 40°, tandis que, le matin, le thermomètre descend à 38°. Le 3, les mouvements athétosiques de la main droite reparaissent avec une nouvelle intensité. Le poignet droit exécute des mouvements successifs de

flexion et d'extension en même temps que l'avant-bras se fléchit sur le bras en passant de la pronation la plus complète à la supination exagérée ; enfin le membre supérieur présente, dans son ensemble, des mouvements de reptation, de torsion, augmentés encore par l'élévation brusque et en masse de l'épaule. Afin d'éviter ces contorsions si fatigantes et involontaires, qui se renouvellent plusieurs fois par minute, la malade immobilise son membre supérieur droit en se couchant dessus. La commissure labiale droite est incessamment attirée en arrière. La jambe droite fléchie sur la cuisse contracturée est le siège de contractions rythmiques limitées et d'une hyperesthésie cutanée et musculaire considérable. Réflexes rotuliens abolis, pupilles dilatées. Le 5, la tête exécute des mouvements d'oscillation, d'inclinaison, de rotation vers la droite; les globes oculaires se dirigent rythmiquement dans la même direction trois ou quatre fois par minute. Les paupières ont des oscillations convulsives, parallèles. Le 6, les mouvements choréiformes sont tels que la malade tombe de son lit. Trismus, mâchonnement, raideur de la nuque. Le 8, mouvements athétosiques de la main gauche exagération de l'hyperesthésie cutanée et musculaire. Le 10, disparition des mouvements athétosiques, on constate les signes d'une caverne au sommet du poumon gauche; cette malade devient gâteuse, elle ne peut conserver ni ses urines ni ses matières. Le 14, les mouvements athétosiques prédominent à gauche, paralysie complète des sphincters. Le 21, abattement extrême, subdélire, elle essaye de manger ses excréments; elle meurt le 22.

Autopsie. — Caverne au sommet du poumon gauche, infiltration de tubercules miliaires dans les autres parties des deux poumons. Foie et reins graisseux. A l'ouverture du crâne, peu de liquide, infiltration gélatineuse, blanchâtre, opalescente, molle, à la surface des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes surtout dans la profondeur et sur les bords du sillon de Rolando; les lésions prédominent vers la partie supéro-interne de ces deux circonvolutions et empiètent sur le lobule paracentral. Il existe en outre une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. Plaques de congestion sur la face externe du lobe occipital, au-dessous du gyrus temporalis. Ces localisations expliquent les symptômes indiqués. On ne trouve que très peu de tubercules. A l'examen histologique, on voit que ces exsudats fibrino-purulents sont infiltrés de globules de pus, de cellules embryonnaires ; les vaisseaux sont fortement dilatés ; les circonvolutions correspondantes sont le siège d'une encéphalite superficielle avec dégénérescence graisseuse et prolifération nucléaire. Nous rappellerons que Boucarut a publié un cas analogue dans le *Nouveau Montpellier médical* du 31 juillet 1898.

Un cas de paralysie de Landry.

M. Boinet. — Il s'agit d'un ouvrier, âgé de trente-six ans, non syphilitique, non alcoolique, qui n'a eu ni refroidissement récent, ni maladie infectieuse. Il est pris sans prodromes, sans cause appréciable de fourmillements, d'engourdissement, de faiblesse dans les deux pieds. Le lendemain, il ne peut marcher, les jambes fléchissent. A partir de ce moment, cette paralysie bilatérale progresse rapidement et symétriquement, de bas en haut, et atteint les groupes musculaires dans l'ordre indiqué par Landry. Dans la soirée, la paralysie flasque des deux jambes est complète. Nous voyons le malade deux jours après le début de cette affection. Etat général bon, pas de fièvre, intelligence normale, paralysie complète et flasque des deux membres inférieurs, abolition presque complète des réflexes rotuliens, pas de convulsions, pas de contracture, contractilité musculaire nette et énergique sous l'influence de courants induits de moyenne intensité, sensibilité à la piqûre, à la température légèrement émoussée, masses musculaires des cuisses et des jambes douloureuses à la pression; pas d'atrophie, pas de troubles trophiques; intégrité des sphincters, urines normales. La paralysie suit une marche rapidement ascendante, mais respecte la face. Le lendemain, elle atteint les doigts, les mains, les avant-bras; pendant la nuit, elle gagne les muscles des deux épaules puis des deux bras. Au niveau des membres inférieurs, la sensibilité au contact et à la douleur est diminuée. Les muscles du cou, de la nuque et du tronc ne sont pris que quelques heures plus tard. Alors surviennent des phénomènes de paralysie bulbaire : déglutition difficile presque impossible; voix faible, chuchotée, respiration embarrassée, crises de dyspnée et de suffocation; la paralysie des inspirateurs et du diaphragme en particulier fait de rapides progrès; mort par asphyxie quatre jours après le début de cette paralysie ascendante aiguë.

Autopsie. — Congestion des poumons, des reins, des centres nerveux. L'examen histologique de la *moelle* montre un aspect vacuolaire anormal des cellules des cornes antérieures, mais la conservation des pièces dans le liquide de Müller n'a pas permis d'appliquer la méthode de Nissl à la recherche des modifications dégénératives, de la chromatolyse, de la désintégration moléculaire de la substance achromatique, etc., décrites par Œttinger, Marinesco, Ballet, Remlinger, Bailey et Ewing, Marie, Piccinino, Mills et Spiller, etc. Les *méninges spinales* sont épaissies. Ce sont les lésions de *névrite périphérique* qui prédominent sur la couche transversale de quelques nerfs rachidiens, on voit une assez grande quantité de tubes nerveux dégénérés. Sur un certain nombre de points du sciatique et du médian, la myéline est fragmentée ; elle a disparu par place ; ailleurs, elle a un aspect granulo-graisseux.

Parfois le cylindre-axe est interrompu et entouré de boules réfringentes. Pas de multiplication des noyaux.

En résumé, la polynévrite n'est pas douteuse et étant donné l'aspect anormal de la moelle, il est probable que l'emploi de la méthode de Nissl aurait décélé des lésions dans les cellules des cornes antérieures. C'est plutôt un défaut de technique, qu'une absence réelle d'altérations qui souvent a fait affirmer l'intégrité des nerfs et surtout de la moelle dans la maladie de Landry. Elle est parfois d'origine infectieuse comme dans les cas de Galleta. On voit sur les coupes de la *moelle* de notre malade, quelques rares bacilles minces auxquels l'absence de culture et d'inoculation ne permet pas d'attribuer un rôle pathogène.

Syndrome de Little d'origine obstétricale. Amyotrophie tardive des membres supérieur et inférieur gauches.

M. Boinet. — Ce petit garçon, âgé actuellement de trois ans et deux mois, est né à terme, mais l'accouchement a été extrêmement long et laborieux; il a duré vingt-quatre heures. Il existait une présentation de la face en première position. Naissance asphyxique avec cyanose et boursouflement des paupières, des lèvres, de la face qui a une couleur lie de vin. Le nouveau-né reste inerte, asphyxié pendant un quart d'heure; mais il reste flasque, les membres sont ballants, sans tonicité, pendant une quinzaine de jours, au dire de l'accoucheuse. Ce n'est qu'au bout de deux semaines que cet enfant peut maintenir sa tête presque droite, jusqu'alors elle se balançait inerte; les muscles du cou n'étaient pas capables de la soutenir. Pas de convulsions. Fonctions normales et régulières Excellent état général; il pesait près de 7 kilogrammes à sa naissance. Le placenta et le cordon étaient normaux. Parents indemnes de syphilis et d'alcoolisme. La mère a eu six autres enfants bien constitués également à terme. Elle ne s'aperçoit de la contracture des deux membres inférieurs que trois semaines environ après la naissance. Les cuisses fortement serrées l'une contre l'autre et placées dans l'adduction forcée ne peuvent être écartées même sous l'influence d'un effort considérable; cette contracture était permanente, elle ne s'atténue pas pendant le sommeil. La sensibilité est intacte.

Vers l'âge de six mois, l'enfant peut à peine remuer les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont moins contracturés; ils n'exécutent que quelques mouvements maladroits, après une certaine éducation. A sept mois, il ne jouait qu'avec l'auriculaire droit; quelques semaines plus tard il parvint à se servir de l'auriculaire. Il a parlé aussi vite que ses frères et sœurs. Il est intelligent, sa mémoire est bonne. A deux ans et demi, il présente toujours une contracture intense des deux membres inférieurs, prédo-

minant au niveau des adducteurs. Les cuisses sont rapprochées, fixées l'une contre l'autre en adduction forcée avec rotation en dedans. Il est difficile de les écarter modérément même pendant le sommeil. Les deux pieds sont dans l'extension avec adduction, en équin varus; leur pointe et leur bord externe sont seuls, pendant la marche, en contact avec le sol qu est raclé, pour ainsi dire, à chaque pas. Les pieds s'entrecroisent, exécutent des mouvements de rotation autour l'un de l'autre sans pouvoir être portés franchement et directement en avant, comme dans la locomotion habituelle. Réflexes rotuliens exagérés. Sous l'action des courants de haute fréquence continués pendant trois mois, la rigidité symétrique et bilatérale des membres inférieurs diminue ; cette amélioration est plus marquée aux jambes ; mais la marche est toujours difficile, et lorsque, tenu par les mains, cet enfant veut faire un pas il glisse péniblement son pied qui, en décrivant autour de l'autre un mouvement de spire, racle le sol qu'il ne quitte pas. Depuis trois mois, les membres inférieur et supérieur gauches se sont atrophiés ils sont plus mous, plus flasques que les membres correspondants. Le pied gauche glisse mieux sur le sol que le droit. Lorsqu'on lui fait serrer les doigts des mains, on trouve que l'effort musculaire est moins marqué à gauche. L'exagération des réflexes a diminué. Sensibilité normale.

En résumé, il ne s'agit pas, dans ce cas, d'un défaut de développement des faisceaux pyramidaux. La syphilis doit aussi être éliminée. Ce fait peut être rangé dans la *forme cérébro-spinale* décrite par Little, en 1862. Elle dépend de lésions survenues pendant les accouchements difficiles. Il est donc probable que, chez notre petit malade, cette asphyxie des nouveau-nés s'est accompagnée d'hémorragies méningées qui ont été suivies de lésions scléreuses, comme dans les cas analogues de Sarah Mac Nutt, de Railton. L'amyotrophie secondaire et tardive des membres supérieur et inférieur gauches cadre bien avec cette interprétation. Enfin, pour éviter les confusions, il conviendrait de réserver le nom de *maladie de Little* aux états paréto-spasmodiques survenant chez des enfants nés avant terme et dus à l'absence ou à l'arrêt de développement de la portion spinale du faisceau pyramidal.

Très bonne observation qui aurait pu être le point de départ d'une utile discussion.

Sur quelques variétés d'hémorragies méningées : trépanations sans succès.

M. Boinet. — I. *Hémorragie sus-dure-mérienne par rupture traumatique de l'artère méningée moyenne.* — M..., cinquante ans, amaigri, tombe d'une hauteur de 2 m. 50 sur la région pariéto-

temporale droite. Plaie cutanée, petite et superficielle. Etat comateux, perte de connaissance, respiration bruyante, stertoreuse. A son entrée dans le service du Dr Pluyette, on constate une paralysie complète de tout le côté gauche, face comprise, une déviation conjuguée de la tête et des yeux. Le malade regarde sa lésion. Pupilles très resserrées, température normale. Pas d'écoulement sanguin ou séreux par l'oreille droite. L'ensemble de ces symptômes permettant de conclure à l'existence d'un caillot comprimant la zone rolandique droite, M. Pluyette applique sur ce point trois *couronnes de trépan* qui mettent directement à jour un vaste caillot mou, noir, friable, situé entre la face interne des os du crâne et la face externe de la dure-mère. On n'enlève que quelques fragments de ce caillot, *on ne poursuit pas l'opération par crainte d'une nouvelle hémorragie*. Le malade *meurt* dans la soirée et, à l'autopsie, on trouve un caillot pesant 75 grammes, placé entre la face externe de la dure-mère et les os crâniens; il comprime et aplatit la zone rolandique droite, d'où hémiplégie de tout le côté gauche. Cette hémorragie provenait de la déchirure de l'artère méningée moyenne par le bord tranchant d'un fragment quadrilatère détaché de la table interne du temporal. Cette lame osseuse, mesurant 2 centimètres sur 3, avait un bord taillé en biseau qui avait sectionné nettement les trois quarts de la circonférence du tronc de l'artère méningée moyenne. Le trait de fracture se continuait jusqu'à la base du crâne. Ce cas peut être rapproché de celui de Ransohoff qui, en présence de rupture de la méningée moyenne, a *trépané* le temporal, évacué le foyer sanguin et lié, *sans succès*, la carotide primitive. Cette opération a aussi été pratiquée par Bentlee, Alexander, Gaingée.

Que le lecteur note, au passage ces deux *cas* de trépanation, pour des *hémorragies méningées*, suivis de *mort*.

II. *Traumatisme violent de la région temporo-pariétale droite, contracture secondaire et permanente des membres supérieur et inférieur gauches.* — R..., trente et un ans, ni syphilitique, ni alcoolique, sans stigmates hystériques, tombe d'une hauteur de 5 mètres; on le relève sans connaissance et on constate, dans la région pariétale droite, à 5 centimètres au-dessus de l'oreille, une plaie contuse, puis un écoulement séreux et blanchâtre par l'oreille droite. A ce moment, d'après les notes recueillies par M. Raynaud, toute la moitié gauche du corps était paralysée et fortement contracturée. Cet état comateux dura vingt-quatre heures; le malade reprend connaissance et se souvient qu'alors son bras gauche était fixé contre le thorax, que l'avant-bras était fléchi sur le bras, que la main était en pronation et en flexion, enfin que les doigts étaient repliés dans la paume de la main. Tout mouvement

spontané de ce membre était impossible. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, en rotation externe, de sorte que le pied venait toucher le milieu de la jambe droite; les orteils étaient également rétractés. Il ne peut ni marcher, ni se tenir debout : dès qu'il veut faire exécuter à ses membres contracturés le moindre mouvement, ils sont pris d'un tremblement rapide. La face a été respectée, mais la tête, dit-il, était inclinée à gauche. Ces contractures disparaissent pendant le sommeil chloroformique. Le 15 septembre 1898, il entre dans le service de clinique médicale dont nous étions chargé. Le membre supérieur gauche peut exécuter quelques mouvements brusques, saccadés, sans atteindre le but visé. Les doigts, fortement fléchis dans la paume de la main, saisissent difficilement les objets. Les réflexes sont exagérés. La sensibilité à la pression est un peu diminuée, les autres variétés de sensibilité sont normales; on note une anesthésie en manchette au poignet gauche. La peau du membre supérieur gauche paraît plus froide; la raie dermographique persiste pendant plusieurs heures. Excitabilité électrique normale, pas de réaction de dégénérescence. Les mouvements du membre inférieur gauche sont très brusques et incoordonnés. La jambe gauche est légèrement fléchie, le pied en extension. Les réflexes, en particulier les réflexes rotuliens, sont exagérés. Le clonus épileptoïde se produit aisément. La sensibilité est conservée. La démarche est brusque, saccadée, mal assurée; elle n'est possible qu'avec l'appui de deux aides qui soutiennent le malade de chaque côté. Le membre inférieur droit n'est jamais porté au-devant de l'autre, il sert de pivot, de point d'appui, il quitte à peine le sol et il est placé légèrement en équerre. Le membre inférieur gauche décrit un mouvement spiroïde, s'appuie à peine sur le talon, est plus contracturé et présente un tremblement marqué. Le côté gauche de la face est asymétrique et les muscles correspondants sont le siège d'une légère atrophie. Quelques séances d'hypnotisme et de suggestion n'amènent aucun résultat favorable. Après une trentaine de séances de pendaison, les mouvements des membres supérieurs et inférieurs gauche sont moins brusques, moins saccadés. Quatre mois après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire deux ans et demi après le début de sa contracture, aucune amélioration n'est survenue. Il est difficile de dissocier exactement la part qui revient à l'hystéro-traumatisme et aux lésions méningo-corticales. Néanmoins, l'intensité du traumatisme nous a engagé à rapprocher ce cas du précédent.

III. *Pachyméningite. Hémorragie intra-arachnoïdienne. Hématome comprimant la zone rolandique gauche.* — F. F..., cinquante et un ans, non syphilitique, légèrement alcoolique, éprouve depuis deux mois, des douleurs de tête plus accentuées au niveau de la région temporale gauche; son intelligence et sa mémoire diminuent.

Brusquement, il est pris de vertiges avec perte de connaissance de courte durée, de paralysie incomplète du membre supérieur droit, augmentant progressivement ; le membre inférieur du même côté ne se paralyse que huit jours plus tard. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu deux semaines après ; marche impossible, stupeur marquée, intelligence obtuse, il ne comprend pas ce qu'on lui demandé ; aphasie, hémiplégie droite complète avec paralysie légère de la moitié correspondante de la face ; pupilles contractées, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Il regarde sa lésion. Sensibilité abolie au niveau des membres paralysés. Quelques jours plus tard, contracture du membre inférieur droit avec exagération des réflexes rotuliens ; elle est moins prononcée à ganche. Incontinence complète des urines et des matières ; urines normales. Pas d'élévation de température. Au bout de huit jours, escarre sacrée médiane gagnant rapidement en surface et en profondeur. L'état général s'aggrave, coma, mort.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère correspondant à la zone rolandique de l'hémisphère cérébral gauche, est tapissée par un hématome dur, noirâtre, très adhérent, mesurant 16 centimètres sur 11. Le caillot a une épaisseur d'un centimètre vers son centre, il s'amincit sur les bords ; il est formé d'une série de strates et porte l'empreinte des circonvolutions fronto-pariétales correspondantes qui sont aplaties, déprimées, congestionnées. La coupe de l'hémisphère cérébral gauche montre un piqueté rouge considérable et une forte hyperémie. Noyaux gris centraux normaux. Liquide abondant dans les ventricules. Petit foyer hémorrhagique, gros comme un pois, sur la partie inférieure gauche de la protubérance. Quelques plaques d'athérome sur les sylviennes et sur les artères de la base du cerveau. Cœur volumineux ; poumons très congestionnés ; néphrite interstitielle. A l'*examen microscopique* de cet hématome, on voit une série de feuillets fibrineux stratifiés en rapport avec des méninges épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. On trouve encore des espaces lacunaires, des sortes de lacs sanguins, des diverticules communiquant avec le foyer hémorragique principal. On constate enfin, dans l'épaisseur des méninges, un grand nombre de petits vaisseaux, à structure embryonnaire, dont la rupture facile explique l'étendue de cet hématome.

IV. *Hématorachis.* — Veuve B..., quarante ans, sans antécédents pathologiques, se fatigue plus vite depuis deux mois, perd ses forces et son appétit. Elle va rendre visite à une voisine et, pendant la conversation, elle ressent des crampes, de l'engourdissement dans le membre inférieur gauche ; elle s'affaisse, sans vertige, sans perte de connaissance. Le Dr Doulet qui voit cette malade deux heures plus tard, constate une hémiplégie gauche

incomplète, le côté correspondant de la face est indemne. Huit heures après, cette parésie augmente ; il existe une paralysie très prononcée des membres supérieur et inférieur gauches ; enfin le côté droit est le siège d'un état parétique analogue à celui qui avait atteint, quelques heures avant, le côté opposé. Pas de fièvre. Le lendemain, paralysie complète, flasque, sans convulsions, ni contractures des quatre membres ; face respectée, pas de douleurs, pas de vertiges : intelligence et mémoire intactes. Téguments pâles, froids; peau glacée, vaso-constriction considérable, absence de sueurs. Réflexes rotuliens abolis. Pieds en équin varus. Sensibilité diminuée aux membres inférieurs. La paralysie gagne les muscles du cou et de la nuque : déglutition difficile, voix éteinte, sensation de constriction à la gorge, pupilles normales, pas de troubles soit du côté de l'intelligence, soit du côté des organes des sens. Elle urine par regorgement. Absence de sucre et d'albumine, cinquante-six heures après le début de ces accidents, les symptômes de paralysie bulbaire augmentent ; voix affaiblie, soufflée, contraction difficultueuse, pénible, des muscles inspirateurs avec tirage, gêne croissante de la respiration, cyanose avec refroidissement ; pouls filiforme, intermittent, pupilles punctiformes ; les quatre membres sont toujours inertes, flasques, glacés. Elle ne perd pas connaissance, assiste à son agonie, meurt à 2 heures du matin.

Autopsie.— Cœur sain, congestion et suggillations des poumons; hépérémie des méninges cérébrales et des plexus choroïdes. Hématorachis fort abondant. Les méninges rachidiennes correspondant à la partie cervicale et lombaire sont infiltrées de sang noir, en partie liquide ; il est très abondant sur certains points et empêche de voir la moelle; sa partie inférieure et la queue de cheval sont recouverts de caillots de formation récente. A 7 centimètres au-dessous de la protubérance et sur un trajet de 9 centimètres, caillot intra-méningé correspondant à la partie antérieure de la moelle, occupant sa partie latérale sur une longueur de 5 centimètres et demi et sur une largeur d'un centimètre et demi et se prolongeant avec un caillot qui entoure complètement l'axe médullaire sur un parcours de 4 centimètres. De là, le caillot descend sur la face postérieure de la moelle sur un trajet de 17 centimètres et se continue avec un dernier foyer hémorragique qui recouvre les parties antéro-latérales de la moelle sur un parcours de 18 centimètres. Le cerveau et la moelle ne présentent pas d'altérations.

La disposition anatomique, le siège, l'étendue de ces foyers hémorragiques, leur formation successive, leur propagation, leur localisation exclusivement rachidienne expliquent bien la brusquerie du début, la rapidité d'évolution de ces paralysies par compression médullaire. Le point de départ de cet hématorachis reste douteux. L'examen histologique montre que les gros vaisseaux

sont normaux et qu'il existe des traces de pachyméningite dans la région cervicale.

V. — Nous avons enfin observé à l'autopsie d'une vache surmenée qui s'affaissa brusquement avec une paralysie du train postérieur, une infiltration hémorragique considérable sous la pie-mère spinale, dans l'arachnoïde, dans l'épaisseur et à la surface de la durs-mère correspondante, autour des éléments de la queue de cheval et des racines rachidiennes. Infiltrations sanguines ne sont pas rares chez les chevaux surmenés qui succombent avec des phénomènes paraplégiques. Les hémorragies intra-médullaires sont beaucoup plus rares. Nous en avons communiqué un cas au *Congrès pour l'avancement des sciences* (Marseille, 1891, p. 756). La paralysie atteignit progressivement les deux pieds, les deux jambes, les deux cuisses ; elle suivit la même progression ascendante du côté des membres supérieurs. Ce malade succomba avec des phénomènes de paralysie bulbaire semblables à ceux qui existaient dans notre observation IV et la marche progressive de cette paralysie ascendante pouvait faire songer à l'existence d'une *paralysie de Landry* [1].

Arthrite suppurée, rhumatisme polyarticulaire et manifestations spinales d'origine blennorrhagique. Présence du bacille pyocyanique dans le sang veineux recueilli vingt-quatre heures avant la mort.

M. Boinet. — Marie J..., âgée de dix-sept ans, contracte une blennorrhagie intense avec métrite: quinze jours après, elle est prise de douleurs très vives dans l'articulation coxo-fémorale droite ; elles s'irradient dans la région trochantérienne qui devient rouge, chaude, empâtée. Rhumatisme blennorrhagique, à gauche, au niveau du genou, du cou de pied. Cette localisation ne dure que deux semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité, cœur et poumons sains, écoulement blennorrhagique vaginal abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide. Au bout de deux mois, état général mauvais, escarre au niveau du sacrum, qui augmente rapidement en surface et en profondeur ; les os sont mis à nu ; langue dépouillée, rouge vif; vomissements fréquents, diarrhée incessante. Cinq jours plus tard, cet état infectieux devient très accusé, subdélirium. L'articulation coxo-fémorale est toujours très douloureuse, la bouche est tuméfiée. Atrophie considérable des deux membres inférieurs, paraplégie complète, marche impossible, pieds tombants; la malade ne peut se tenir debout, troubles

[1] Voir sur les *hémorragies méningées :* Charcot, *Œuvres complètes*, t. IX, p. 102. — Voir aussi *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. XXIV, 1872, p. 2-3.

de la sensibilité cutanée peu marqués. Un mois plus tard, l'escarre srcrée n'a aucune tendance à se cicatriser; urines purulentes, diarrhée profuse, gonflement du genou droit. L'articulation coxo-fémorale est toujours tuméfiée, douloureuse, les mouvements sont fort difficiles. L'atrophie des membres inférieurs a encore augmenté. Hébétude, délire. Le sang puisé avec toutes les précautions d'usage dans une veine du pli du coude et ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de *bacille pyocyanique* mélangé à du coli-bacille. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent, et la malade succombe dans un état comateux, trois mois et vingt et un jours après avoir contracté sa blennorrhagie.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale contient beaucoup de pus sanguinolent; la tête fémorale est abrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire, la cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus. L'articulation fémoro-tibiale droite est atteinte d'arthrite sèche, plastique, sans pus. Poumons congestionnés, foie et reins graisseux. Rate volumineuse; des ensemencements faits avec la pulpe splénique donnent des cultures de coli-bacille.

Examen histologique. — Les nerfs rachidiens pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent par places, des points de dégénérescence granulo-graisseuse avec aspect vermiliforme. Les méninges rachidiennes sont épaissies. Les vaisseaux de la *moelle* sont dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures; quelques-uns sont entourés de cellules embryonnaires. La conservation de cette moelle dans le liquide de Muller, n'a pas permis d'employer la méthode de Nissl. On trouve quelques cocci irrégulièrement disséminés dans les coupes de la moelle et des méninges Barie a vu, dans un cas analogue, des streptocoques. Chez notre malade, ces manifestations spinales, sur lesquelles la thèse de Lustgarten (Paris, 1898) donne les indications les plus récentes, paraissent dépendre non du gonocoque, mais des infections secondaires à une blennorrhagie extrêmement virulente.

Pseudo-névralgie neurasthénique, migraine à aura;
par LAMACQ-DOUNOY.

Un cas de paralysie infantile traité par l'électricité; par CROS.

Les cellules de l'écorce grise dans l'éclampsie.

MM. ANGLADE et POUX. — Dans l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques (30 en deux jours) étudiée par les procédés ordinaires et notamment par la méthode de Nissl, ils ont pu constater : 1° l'altération des cellules pyramidales; 2° la présence, autour de ces cellules, d'éléments anormaux. On observe deux degrés d'altérations cellulaires. La

disparition des grains chromatiques correspond évidemment à l'épuisement de la cellule. Sa déformation parfois très accusée, est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal, ici, que leur nombre. C'est à tort, selon eux, qu'on leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique. Plus spéciale parait être la présence. dans les diverses couches de l'écorce grise et notamment autour des cellules pyramidales, des cellules rondes ou ovales plus volumineuses et moins colorces. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains plus volumineux représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales les pénètrent évidemment et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se rencontrent, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce de sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant, vis-à-vis de la cellule motrice. Quant à la nature on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Ramon y Cajal, qui en a figuré de semblables récemment, affirme qu'il s'agit de corpuscules névrogliques, et Lugaro est de son avis.

Sur un cas d'hydrocéphalie aiguë; par ENGELHARDT.

Journée du samedi 8 *avril.*

Excursion à Toulon.

Aujourd'hui, excursion à Toulon, comprenant une promenade aux Sablettes, la visite de l'hôpital Saint-Mandrier. La Préfecture maritime, à défaut d'un cuirassé de l'escadre, a accordé aux congressistes l'autorisation d'assister aux expériences du *Gustave-Zédé*, le bateau sous-marin.

A la fin du déjeuner qui a eu lieu aux Sablettes, M. le Dr Boubila a prononcé le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

Mes fonctions vont expirer dans quelques instants. Je suis un secrétaire général *in extremis*, mais avant de mourir, je tiens à vous remercier d'avoir répondu si nombreux à mon appel, et à vous dire non pas adieu, mais au revoir.

Journée du dimanche 9 avril.

Visite à l'asile d'Aix.

L'excursion à Toulon, placée *avant* la visite de l'asile d'aliénés d'Aix en Provence, a eu pour conséquence de réduire le nombre des congressistes qui se sont rendus à la visite médicale. Ils ont été reçus à la gare par le Maire, M. le Dr Bertrand, par le médecin directeur le Dr Ph. Rey, par les Drs Chabrier et Bourguet, membres de la Commission de surveillance. Les assistants se sont réunis dans la salle de la Bibliothèque de l'asile où il a été procédé à l'ouverture officielle de *l'Ecole professionnelle pour les surveillants et infirmiers*, organisée par le médecin-directeur qui a exposé le programme des cours. Puis, M. Rey a donné le mouvement de l'aliénation mentale dans les Bouches-du-Rhône. La population de son asile, le 9 avril, était de 786 malades dont 407 et 379 femmes. Ces malades proviennent des Bouches-du-Rhône, de la Corrèze et de l'Algérie.

M. Rey fournit ensuite des renseignements sur le compte administratif, sur le régime alimentaire et les régimes spéciaux pour les infirmeries, sur la transformation des services généraux devenus insuffisants par suite de l'accroissement de la population qui a amené l'encombrement de l'asile. C'est ainsi que l'un des dortoirs renferme 35 malades, alors que le nombre des lits réglementaires est de 28. De là nécessité de nouvelles constructions, en particulier pour les *travailleurs*, une nouvelle infirmerie pour les femmes, pour le pensionnat. Les locaux qui deviendraient disponibles serviraient à désencombrer l'asile.

La cérémonie d'inauguration du buste du Dr Pontier a eu lieu ensuite dans la grande salle d'honneur de l'établissement décorée pour la circonstance de trophées de drapeaux et de plantes vertes. De nombreuses notabilités, invitées par l'aimable directeur, M. Rey, avaient pris place, dès 11 heures, dans l'enceinte qui leur était réservée.

M. Doutrebente prend ensuite la parole et, dans un discours très applaudi, rend un hommage ému à la mémoire de l'ancien directeur.

Un chœur (hommes et femmes) composé de pensionnaires de l'établissement, accompagné par un orchestre excellent, a exécuté une cantate que l'auditoire entier a applaudie frénétiquement.

M. Pontier fils, conservateur du musée et auteur du monument qui va perpétuer le souvenir de son père, a remercié vivement le congrès en quelques paroles empreintes d'une douce émotion. Le buste remarquable est, nous assure-t-on, très ressemblant : il repose sur un piédestal tout simple. La place définitive du monu-

ment sera dans la salle de la commission, dans laquelle, à cause de ses dimensions exiguës n'a pu avoir lieu l'inauguration.

Un banquet de quatre-vingts couverts réunissait ensuite les congressistes et les invités autour d'une table somptueusement servie. De nombreuses dames, pour la plupart femmes des membres du congrès, en toilettes claires, piquaient çà et là sur la teinte sombre des habits noirs des nuances gaies qui ajoutaient encore à l'éclat de ce festin.

Au champagne, des discours ont été prononcés par MM. le Dr Chabrier; Cotelle, sous-préfet; Leydet, sénateur; Perreau, député; le Dr Rey, MM. les Drs Drouineau et Doutrebente et le pasteur protestant.

Ensuite, le groupe des danseurs de Saint-Cannat a exécuté, au son du tambourin, de vieilles danses provençales devant les invités. La musique des Touristes de l'Union a exécuté, durant cette fête charmante, des morceaux variés.

Avant la cérémonie d'inauguration, les congressistes avaient visité les différents quartiers de l'asile, guidés par le Dr Rey, qui leur a fait les honneurs de son établissement avec une exquise bonne grâce. Voici, en terminant, quelques renseignements sur le Dr Pontier, créateur et premier directeur de l'asile d'aliénés du Mont-Perrin.

M. Charles Pontier naquit à Aix le 6 mai 1809. En 1852, il fut chargé de la direction du quartier d'aliénés, situé alors à l'hospice d'Aix. Dans ces difficiles fonctions, il eut à donner maintes fois des preuves de son inaltérable dévouement aux malades qu'il soigna avec une sollicitude qui ne se démentit jamais.

Un peu plus tard, ayant réalisé des économies, par une sage administration, M. Pontier put faire l'acquisition du terrain sur lequel s'élève l'asile actuel. Les travaux furent poussés activement; mais, hélas! la mort ne lui permit pas d'achever l'œuvre qu'il avait entreprise et le 15 mars 1878 il succombait, emporté à l'âge de soixante-neuf ans par une maladie qui le minait depuis un certain temps. Le monument érigé à la mémoire de cet homme de bien n'est qu'une réparation qui était due à celui qui consacra sa vie entière au soulagement de ses semblables atteints par le plus terrible des maux : la folie.

Cette excursion médicale, très intéressante, a clos la session de Marseille du *Congrès des aliénistes et neurologistes* dont les travaux peuvent marcher de pair avec ceux des sessions précédentes. Peut-être aurons-nous l'occasion de faire quelques remarques en vue de l'organisation des Congrès futurs. B.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du lundi 15 mai 1899. — Présidence de M. Jules Voisin.

Vertige de la locomotion.

M. Paul Farez. — Au mois de novembre 1898, je vous ai rapporté l'observation d'une demoiselle qui ne pouvait voyager ni en omnibus, ni en chemin de fer, sans éprouver les symptômes du mal de mer. Je l'avais traitée par la suggestion et rendue réfractaire à son malaise habituel. Or, tout récemment, à l'occasion des vacances de Pâques, elle a pu voyager un jour et une nuit en chemin de fer sans éprouver le moindre malaise. Ce fait vient témoigner à nouveau de la solidité des guérisons dues au traitement psychique.

L'hypnotisme dans la pratique médicale antique.

M. Félix Regnault. — Cette thérapeutique était aux mains des prêtres. L'accès du temple n'était accordé qu'après de longues et nombreuses pratiques : rites, formules, usages, bains, sacrifice, diète de quinze jours, etc. En outre, des trucs ingénieux avaient pour but de frapper l'imagination : son de trompettes, ouverture automatique de portes par d'ingénieux mécanismes à pression hydraulique ou à air comprimé. Le prêtre parlait dans un long tuyau qui aboutissait derrière la statue du dieu et la voix semblait venir du dieu lui-même. De nombreux *ex-voto* en terre cuite représentent les divers organes guéris par l'intervention de la divinité.

Sur le développement de la morphinomanie.

M. Paul Farez. — La Société de médecine légale s'est tout récemment occupée des mesures qu'il conviendrait de prendre pour assurer la guérison des morphinomanes. Or, rien ne s'oppose au développement de la morphinomanie : la plupart des pharmaciens délivrent de la morphine sans ordonnance médicale; on en peut acheter des quantités considérables chez les droguistes ; le morphinomane qui serait embarrassé n'aurait qu'à ouvrir le Bottin à la rubrique Morphine. Bien plus, des ouvriers devenus morphinomanes dans les hôpitaux, par suite de la coupable complicité de quelque infirmier, continuent à se morphiniser après leur sortie. Dans certains quartiers de Paris, des individus ont la spécialité de

faire à la dérobée des piqûres aux gens du peuple sur les bancs du boulevard, des squares, des promenades publiques ou dans les urinoirs. Cette petite industrie est fort lucrative ; celui qui s'y livre fait payer d'ordinaire cinquante centimes par piqûre et cela lui permet de vivre bien à l'aise. — Il serait bon que ce fait fût signalé aux pouvoirs publics. (La Société, à l'unanimité, se range à cet avis.)

Sur quelques effets de l'hypnotisme.

M. Bérillon. — Il élève considérablement la tension artérielle; c'est un des meilleurs agents qui conviennent aux malades en hypotension. — Chez les mélancoliques, les déprimés, les aboulíques, il ne faut pas suggérer d'emblée des émotions gaies : il est plus efficace de produire d'abord une sorte de réflexe moteur et de créer une association synergique entre les muscles qui concourent au rire automatique. Cela s'obtient facilement par l'électricité statique (étincelles dans la région des aisselles). Les phénomènes psychologiques s'adaptent alors aux phénomènes physiologiques et l'émotion gaie succède naturellement au rire. Par la suggestion, il ne suffit pas d'atteindre le symptôme prépondérant ; il faut surtout s'occuper de la thérapeutique générale et : 1° suggérer de bien dormir la nuit, — 2° susciter des idées gaies et même faire renaître le goût du chant, — 3° réveiller l'instinct de la conservation. (Je me trouve très bien de lire et de commenter quelques passages de John Lubbock). — Il faut parler à l'hypnotisé longtemps et avec conviction ; il faut être un avocat qui plaide chaleureusement une cause. — Il suffit de faire entendre à certains sujets certains airs de musique pendant leur sommeil hypnotique pour que aussitôt ils éprouvent des émotions gaies très intenses, accompagnées de gestes correspondants.

Communications diverses : M. Pujol (de Marseille) communique un cas de *Névralgie utéro-ovarienne* guérie par la suggestion hypnotique ; M. Paul Farez fait part d'un cas de *Fausse angine de poitrine* consécutive à un rêve subconscient; M. H. Bidon (de Marseille) rapporte une observation de *Claudication hystérique* guérie par la suggestion ; M. Bérillon présente un *appareil* destiné à favoriser l'hypnotisation en utilisant à la fois la fixation du regard, le strabisme convergent, la fatigue des yeux et la constriction du crâne.

Alcoolisme. — La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de nommer une commission à l'effet d'étudier les progrès de l'alcoolisme en France. Sont nommés membres de cette commission : MM. Debove, Joffroy, Le Gendre, Jacquet, Courtois-Suffit, Triboulet, Marie, Beclère, Siredey.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Du bromure de camphre dans l'épilepsie;* par le Dr Louis Haslé. (Thèse de Paris, 1899, aux bureaux du *Progrès Médical,* 14, rue des Carmes.)

La lecture de ce travail nous a particulièrement intéressé, pour cette raison que, nous aussi, nous nous sommes occupé du bromure de camphre dans notre thèse inaugurale[1] en nous appuyant également sur des observations prises dans le service de notre maître, M. le Dr Bourneville, à Bicêtre.

Le docteur Louis Haslé, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel entre en matière par des « Considérations sur quelques causes déterminantes et le pronostic de l'épilepsie », laquelle maladie est dans l'état actuel de nos connaissances, symptomatique d'un trouble organique ou dynamique du système nerveux, d'une manière accessible ou non à nos moyens actuels d'investigation. L'auteur poursuit par les recherches modernes sur l'état gastrique, l'urine, le sang des épileptiques avant, pendant et après les accès et les vertiges, et par l'opinion de J. Voisin, quant au pronostic de l'épilepsie générale.

Dans le chapitre I, il est question des innombrables médications proposées jusqu'à ce jour contre l'épilepsie, sans oublier la trépanation dans l'épilepsie traumatique, ou non, etc., ni les injections de liquide testiculaire. Mais c'est le chapitre II qui est la clef de voûte de cette thèse en donnant maints détails sur les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du bromure de camphre, ainsi que sur le mode d'administration et le dosage (p. 36). Le camphre monobromé n'a d'ailleurs pas été employé à titre exclusif dans l'épilepsie, mais aussi avec des succès variables, dans le *delirium tremens* (Deneffe, de Gand), les *troubles génito-urinaires*, en particulier dans la *blennorrhagie* avec érections douloureuses (Bourneville), ainsi que dans la *rétention d'urine* par hypertrophie prostatique. De même, dans la *spermatorrhée* (Desnos), les *troubles de dentition* de l'enfance, la *coqueluche*, la *chorée*, l'*hystérie*, voire même dans la tuberculose (Crinon). La thèse de M. Haslé s'étaye en définitive sur une dizaine d'observations très bien prises comme on les prend à Bicêtre. Les conclusions de l'auteur sont

[1] Thèse de Paris, 1889, publiée par le *Progrès Médical*.

celles que nous prévoyions, savoir: que le bromure de camphre, dont l'action est douteuse dans les accès épileptiques seuls, utile dans l'épilepsie avec accès et vertiges, est d'une efficacité incontestable dans le *petit mal*, le plus dangereux pour les facultés intellectuelles; en un mot il diminue d'abord le nombre des vertiges et enfin les fait très souvent disparaître complètement. En résumé il s'agit d'un travail bien fait qui corrobore tout ce qui est déjà dit sur le bromure de camphre, en apportant en outre un certain nombre de données nouvelles, d'où il ressort que le bromure de camphre est un médicament d'une utilité incontestable dans un grand nombre de maladies du système nerveux, à la condition qu'on le prescrive à doses convenables, progressives, et durant un temps suffisant. Dr P. Cornet.

XIII. L'*Antisémitisme;* par Cesare Lombroso, traduit de la deuxième édition italienne par les Drs A. Marie et M. Hamel, médecins des Asiles publics de la région de Paris, avec une préface de Paul Brousse, 1899. Paris, V. Giard et E. Brière, éditeurs, 1 vol. in-8.

M. Lombroso a d'abord exposé les causes historiques, politiques, psychologiques, etc., de l'antisémisme, sans négliger, ce qui, dans le caractère des Juifs, peut servir parfois de prétexte aux persécutions dont ils ont été ou sont encore victimes dans certains pays d'Europe. Puis il s'occupe longuement de la question au point de vue anthropologique; sa conclusion, originale, soulèvera sans doute des discussions parmi les spécialistes ; pour lui, l'antisémitisme serait une psychopathie épidémique des foules. Les derniers chapitres sont consacrés au rôle des Juifs dans l'évolution économique et à la part qu'ils ont prise au mouvement général de la civilisation. L'ouvrage est précédé d'une excellente préface de M. Paul Brousse, qui a montré que l'histoire de l'antisémitisme en France confirme pleinement les thèses de l'éminent professeur.

Medici.

VARIA.

Meeting de la British Association (section de psychologie) (*British medical Journal*, 10 septembre 1898.)

Cette section spéciale du Congrès anglais ayant fait l'objet d'une analyse spéciale antérieure (août 1898), nous nous bornerons à rappeler les principales communications relatées à ce propos:

Nature de l'hypnotisme et ses formes (M. Bramwell). Du suicide (statistique Sibbald). Extraits de rate et de thyroïde en clinique (Bois et Kerr). Troubles oculaires et paralysie générale (Dawson et Rambaud). Assistance familiale (Hogben et Marie). — Délire alcoolique et médecine légale (Sutherland). A. M.

Rapports des aliénistes et des neurologistes dans l'étude de la psychiatrie et de la neurologie; par le Dr Eskridge.

La psychiatrie et la neurologie sont communément regardées comme deux spécialités ayant quelques rapports l'une avec l'autre : l'auteur montre qu'en réalité leurs rapports sont si intimes qu'il n'y a là qu'une même spécialité. L'aliéniste ne peut pas plus poursuivre avec fruit l'étude de la psychiatrie sans une connaissance approfondie de la neurologie que le neurologiste ne peut devenir expert en neurologie sans avoir des idées précises sur les maladies de l'esprit et leur traitement. (*American journal of insanity*, octobre 1898.) C'est la thèse que les *Archives* ont toujours soutenue.
E. B.

Les effets de l'alcoolisme.

Nous empruntons les deux faits suivants au *Bonhomme normand* du 22 avril :

Les nommés Guillemin et Béchet, soldats au 26e régiment d'artillerie au Mans, en convalescence chez leurs parents à Ecouché (Orne), avaient absorbé trois quarts de litres d'eau-de-vie. Béchet, devenu fou furieux à la suite de cet excès, s'élança sur le sieur Lathélize, qu'il rencontra dans la rue, le saisit par le bras, cherchant à lui donner un coup de tête dans le ventre ; puis il saisit son sabot et lui en porta un coup qui lui fendit la lèvre supérieure. Quelques instants apres, Béchet s'élançait sur le sieur François Hobbé, jardinier à Lisieux. Heureusement que le garde champêtre se trouva là et retira Hobbé des mains de ce forcené, qui fut arrêté ivre-mort chez ses parents.

— Le sieur Léon Charlemaine, 26 ans, s'est pendu dans le grenier de la ferme occupée par son père, cultivateur à Saint-Gatien-des-Bois, près Honfleur. Dernièrement, il avait eu affaire avec la justice pour violences exercées sur son père. Les causes de sa funeste détermination sont attribuées à l'abus des boissons alcooliques.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Mahon, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Gemmes, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond ; — M. le Dr Baruk, médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Gemmes ; — M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine (Allier), est élevé à la 1re classe ; — M. le Dr Singer est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec en remplacement de M. Baruk, nommé à Saint-Gemmes ; — M. le Dr Rousset, médecin-adjoint à l'asile public de Bron, est nommé médecin en chef de la section des hommes en remplacement de M. le Dr Brun. admis à la retraite ; — M. le Dr Viallon, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bron ; — M. Josserand, directeur de l'asile de Bron est nommé directeur de l'asile de Montdevergues, en remplacement de M. Raoul, nommé directeur de l'asile de Bron ; — M. le Dr Santenoise, médecin-adjoint à l'asile public de Dôle, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon. — Sont élevés à la 1re classe du grade : M. le Dr Malfilatre, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège) ; — M. le Dr Nicoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac. — A la classe exceptionnelle, M. le Dr Dubaudin, médecin-adjoint de l'asile de Pau.

Suicide d'un enfant. — Un enfant de onze ans, nommé Marcel Roger, s'est pendu hier au domicile de ses parents, 21, rue de Chartres. L'enfant vivait assez solitairement ; son père, garçon de magasin, et sa mère, femme de ménage, partant chaque jour de bon matin. Il allait seul à l'école et, revenu à la maison à quatre heures, il s'occupait à ses devoirs en attendant ses parents, qui ne rentraient qu'assez tard. Quelquefois, une fillette de la maison, Estelle Redolfi, âgée de douze ans, venait jouer avec lui. C'est elle qui a la première constaté le suicide du jeune déséspéré. On ne sait à quoi attribuer cette mort navrante. L'enfant avait-il été récemment grondé par ses maîtres et cette pensée lui était-elle encore insupportable ? C'est ce que l'enquête établira. (*L'Aurore*, du 3 mai 1899.)

Les aliénés en liberté. — Un nommé Chalopin-Scordel, demeurant à Saint-Loup-sur-Aujon (Haute-Marne), est entré dans la

petite église de Neuilly-sur-Suize, et avec un éteignoir, a brisé les vitraux, les statues et les candélabres, puis il a renversé les autels. Les dégâts sont évalués à 3.000 francs. Chalopin a été arrêté. Il est atteint d'aliénation mentale. (*Le Temps* du 29 avril 1899.)

BOURNEVILLE. — *Des épileptiques et de leurs accès. Rôle de l'infirmière.* — Brochure in-18 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés : 0 fr. 40. — Bureaux du *Progrès médical.*

CLERICI (A.) et MEDEA (E.). — *La malattia di Parkinson e l'eredo-familiarita* (Note cliniche). — Brochure in-8°, de 23 pages. — Milan, 1899. — Tamlori et Cie.

COUTO MAIA (A.). — *Consideracoes sobre as polinevrites encaradas a luz da Moderna concepcao.* — Volume in-8° de 93 pages. — Bahia, 1898. Imprensa popular.

CULLERRE. — *Rapport sur le traitement familial des aliénés.* — Brochure in-8° de 18 pages. — La Roche-sur-Yon, 1898. — Ivonnet, imprimeur.

GRAHAM BROWN (J.). — *Notes on the treatment of diseases of the nervous system.* — Brochure in-8° de 12 pages. — Edinburgh, 1899. — *The Scottish Medical and Surgical Journal.*

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I

Coupe du crâne dans un cas d'*atrophie* considérable des lobes frontaux du cerveau.

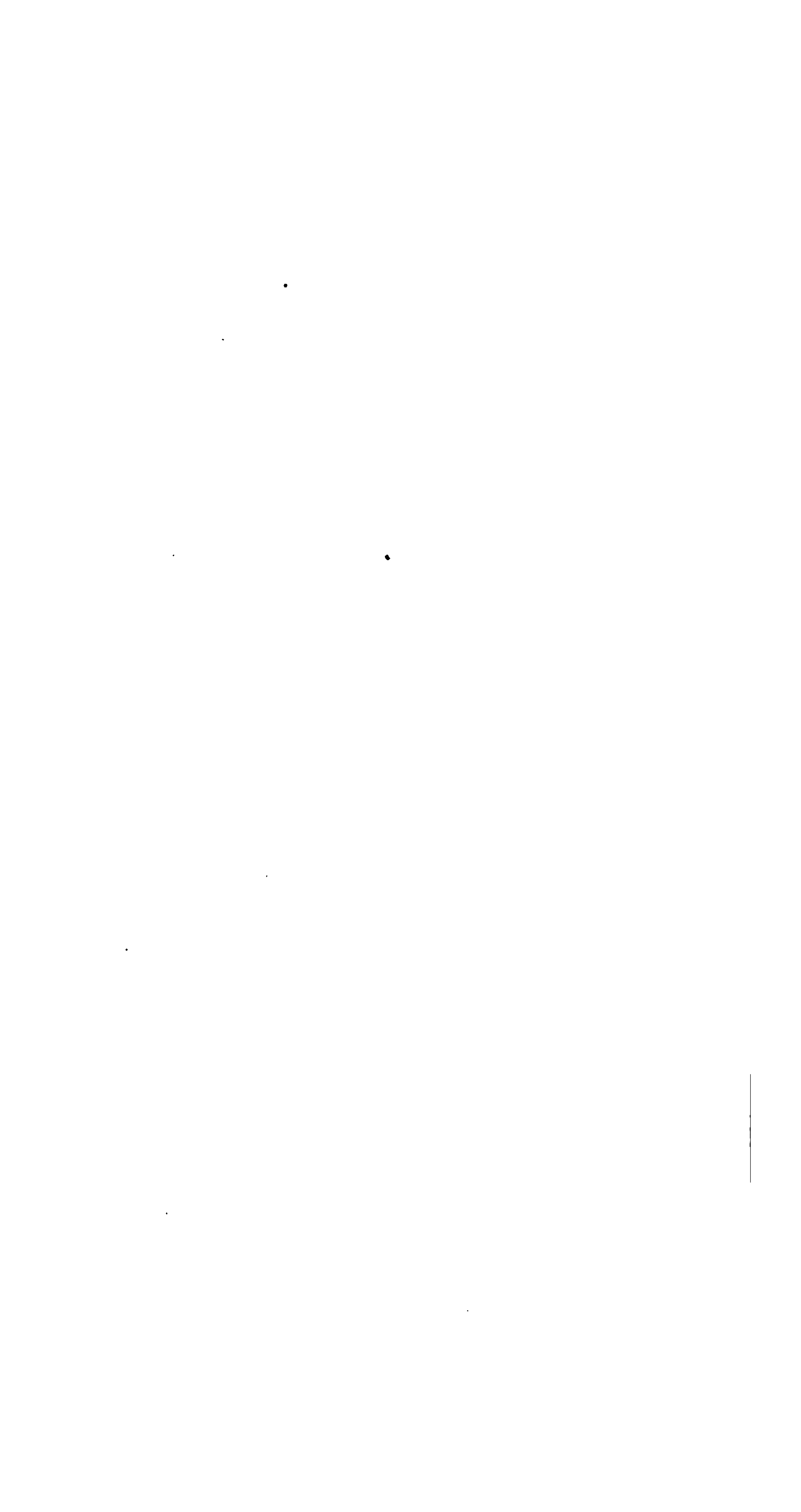
Planches II, III, IV, V

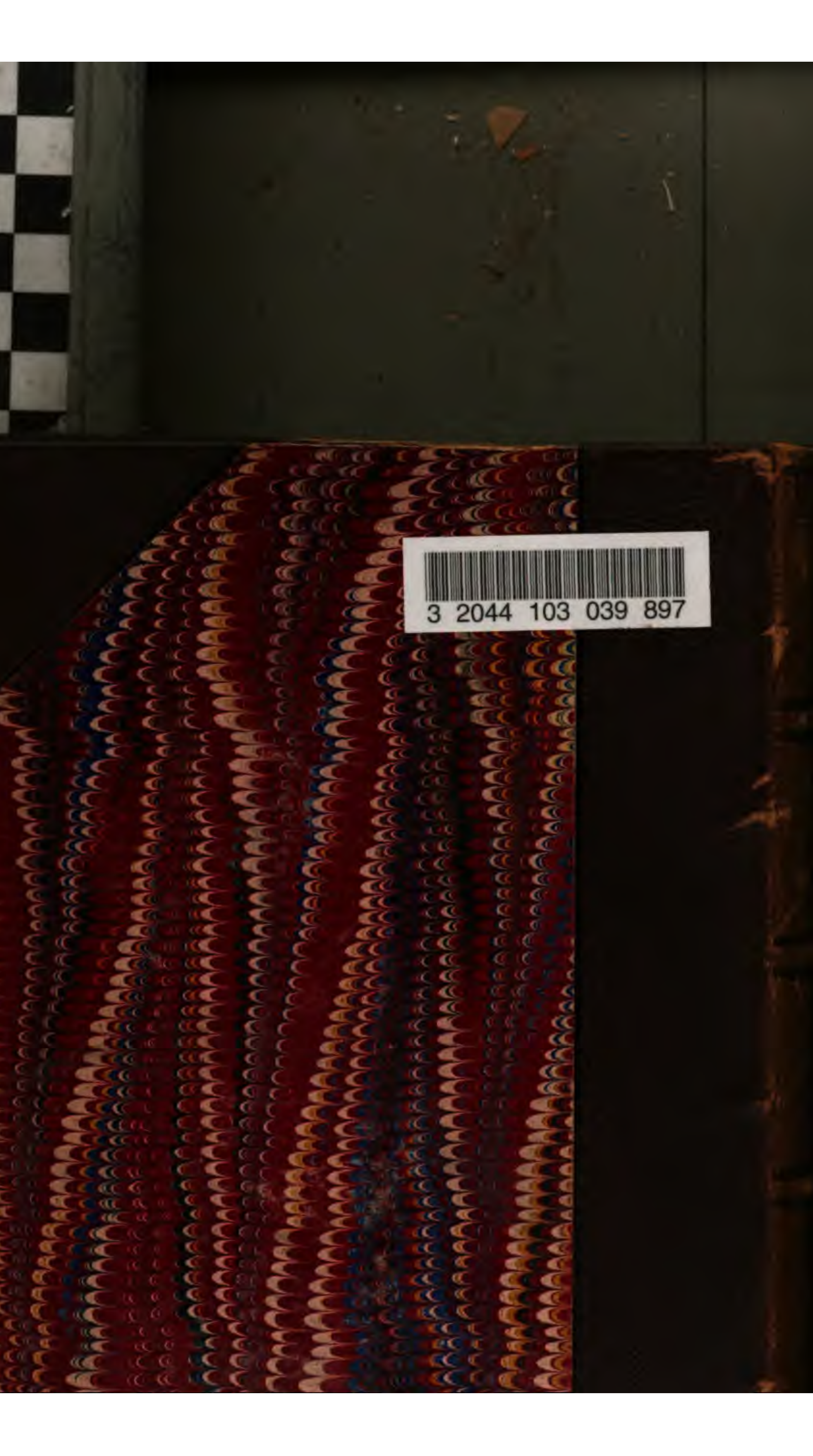
Elles représentent l'*atrophie scléreuse,* à un très haut degré, des *lobes frontaux* du cerveau.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 699.




3 2044 103 039 897